Aus der Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. Heimann
der Nervenklinik der Universität Tübingen
und der
Landesklinik Nordschwarzwald
Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie, Calw-Hirsau
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. K. J. Linden

Erstmalsaufgenommene und rehospitalisierte Patienten im psychiatrischen Landeskrankenhaus:

Ein Vergleich zweier psychiatrischer Patientenstichproben im Licht des « Drehtürphänomens »

INAUGURAL — DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
BURCKHARDT EPPINGER
aus Beinstein

1983

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Aus der Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. Heimann
der Nervenklinik der Universität Tübingen
und der
Landesklinik Nordschwarzwald
Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie, Calw-Hirsau
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. K. J. Linden

Erstmalsaufgenommene und rehospitalisierte Patienten im psychiatrischen Landeskrankenhaus:

Ein Vergleich zweier psychiatrischer Patientenstichproben im Licht des « Drehtürphänomens »

INAUGURAL — DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
BURCKHARDT EPPINGER
aus Beinstein

1983

Dekan:	Professor Dr. W. Frommhold
1. Berichterstatter:	Professor Dr. B. Pflug
2. Berichterstatter:	Professor Dr. K. J. Linden

gedruckt bei H.- J. Köhler · Reprografischer Betrieb · Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

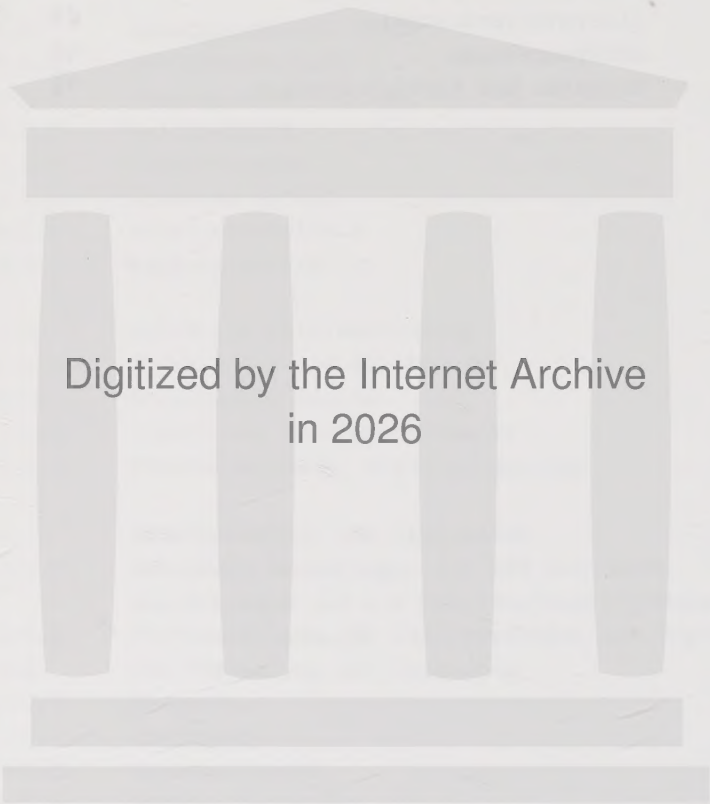
		Seite
1.	Einleitung und Fragestellung	1
2.	Die Untersuchungsmethode	3
2.1.	Die Landesklinik Nordschwarzwald	3
2.2.	Die Gesamtstichprobe	5
2.3.	Die Einteilung in Unterstichproben	6
2.3.1.	Die Stichprobe 1	6
2.3.2.	Die Stichprobe 2	6
2.3.3.	Die Stichprobe 3	6
2.3.4.	Die Stichprobe 4	7
2.3.5.	Die Stichprobe 5	7
2.3.6.	Erläuterungen	7
2.4.	Erhebungsbogen, Datengewinnungs- und Codierungsprobleme	8
2.5.	Beschreibung der erhobenen Daten	9
2.5.1.	"Sozialdaten"	9
2.5.2.	Klinische Daten, Daten zur Betreuung und Nachsorge	9
2.5.3.	Daten zur Hospitalisierung	10
2.6.	Gesamthäufigkeiten, 2- und 3-dimensionale Kontingenztafeln	10
2.6.1.	Statistische Sicherung	11
2.7.	Diskussion methodischer Probleme	11
3.	Ergebnisse: Klinische Daten	13
3.1.	Die Verteilung der Diagnosen	13
3.1.1.	Schizophrenie und Borderline-Syndrom	13
3.1.2.	Affektive Psychose, Mischpsychose	15
3.1.3.	Exogene Psychose	15
3.1.4.	Hirnorganischer Defektzustand, Schwachsinn	15
3.1.5.	Akute Suchtzustände, chronische Suchtleiden	16
3.1.6.	Soziopathie	16
3.1.7.	Neurose und "neurotische Reaktion"	17
3.1,8.	Mehrfachdiagnose	18
3.1.9.	Aufnahmeanlaß	18
3.1.10.	Aufnahmeanlaß bei schizophrenen Patienten	18
3.1.11.	Aufnahmeanlaß bei Neurosepatienten	20

Seite

3.1.12.	Aufenthaltszweck	20
3.1.13.	Motivation	20
3.1.14.	Entlassungsbeurteilung	21
3.1.15.	Entlassungsmodus	23
3.1.16.	Medikation bei Entlassung	23
3.2.	Soziographische Daten	23
3.2.1.	Altersverteilung	23
3.2.2.	Geschlechtsverteilung	25
3.2.3.	Nationalität	25
3.2.4.	Familienstand	25
3.2.5.	Soziales Umfeld	26
3.2.6.	Arbeitsverhältnis	28
3.2.7.	Herkunftskreis	30
3.3.	Daten zur Klinikbetreuung	31
3.3.1.	Verweildauer in der Klinik	31
3.3.2.	Einweisende Stelle	32
3.3.3.	Anzahl der Klinikaufenthalte	32
3.3.4.	Rücküberweisung, Weiterbehandlung	34
4.	Interpretation und Diskussion	34
4.1.1.	Besondere Bedingungen der LKN und deren Auswirkungen auf die Untersuchungsergebnisse	34
4.1.2.	Vorbemerkungen zur Interpretation der Ergebnisse	39
4.2.	Die Verteilung der Diagnosen	40
4.2.1.	Neurosen	40
4.2.2.	Psychosen	44
4.2.3.	Suchtpatienten	47
4.2.4.	Andere Diagnosen	48
4.3.	Die Unterscheidung in WA und WA-I Patienten	49
4.4.	Der Aufnahmeanlaß	49
4.5.	Geschlossene Unterbringung bei Aufnahme	52
4.6.	Entlassungsbeurteilung	53
4.7.	Neuroleptische Dauermedikation	53
4.8.	Soziographische Daten	55

		Seite
4.9.	Ökologische Daten	58
4.10.	Klinikbetreuung und Nachsorge	59
4.11.	Ambulante Vor- und Nachbetreuung	61
5.	Zusammenfassung	63
6.	Anhang	67
6.1.	Literaturverzeichnis	69
6.2.	Erhebungsbogen	73
6.3.	Rohdaten und Kontigenztafeln	78

UNIV. LEIDEN BIB.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547603_0035

1. Einleitung und Fragestellung

Überblickt man die letzten 30 Jahre der Geschichte bundesdeutscher psychiatrischer Landeskrankenhäuser, so zeichnet sich - was Patienten mit chronifiziertem Verlauf anbetrifft - folgende Tendenz ab: die früher übliche Dauerhospitalisierung weicht zunehmend einer intermittierenden Rehospitalisierungspraxis. Dieser neue Verfahrensmodus in der Behandlung chronisch psychiatrischer Patienten wurde mit dem Begriff "Drehtür-Phänomen" belegt. Er entstammt einmal mehr der Eindeutschung des angloamerikanischen "revolving door" (53).

Ob die Metapher trifft oder die Realität verfehlt - sie ist zum Schlagwort, oft auch zum Schimpfwort für die Versorgung chronisch psychiatrischer Patienten geworden.

Der neue Versorgungsstil hat sich in den deutschen Landeskrankenhäusern jedoch in unterschiedlicher Stärke durchgesetzt. Legt man die Grenze zur Dauerhospitalisierung willkürlich auf 1 Jahr fest, so waren, 1972 bezogen auf alle Landeskrankenhäuser, 66% der Patienten länger als 1 Jahr hospitalisiert (11). Hingegen befanden sich nur 2 von 459 Patienten, die im 2. Halbjahr 1977 in die Landesklinik Nordschwarzwald (LKN) aufgenommen wurden, ein Jahr später noch dort (s.a. 3.3.1.). Bei der letztgenannten Zahl bleibt zu beachten, daß die LKN erst seit 1975 besteht und sich in einiger Zeit ein größerer Stamm von Dauerpatienten herausbilden wird. Außerdem ist bekannt, daß die durchschnittliche Verweildauer in kleineren Landeskrankenhäusern kürzer ist (11). (Die Bettenbelegung der LKN war am Stichtag 31.12.1978, also ohne Weihnachtsentlassene, 288). Leider wisse n wir heute auch nicht genau, wieviel der chronisch psychiatrischen Patienten aus den Landeskrankenhäusern in meist private Heime "verschoben" wurden. Von unseren 459 wurden 14 in Heime entlassen.

Daß privat geführte Heime chronisch psychiatrische Patienten in großer Zahl aufnehmen und oft unter unwürdigsten Umständen "versorgen" ist eine bekannte aber offiziell wenig beachtete Tatsache (52). Der Bericht über die Lage der psychisch Kranken in der BRD beklagt einen Mangel an brauchbaren Informationen besonders über die kleineren dieser Heime (11). Die Autoren dieses Berichts gehen von 37 768 Betten in Heimen und Anstalten

für chronisch psychisch Kranke aus. Hier sind jedoch auch eine unklare Anzahl geistig Behinderter untergebracht. Diese Art von "grauer" Dauerhospitalisierung macht jedoch die oben beschriebene Tendenz zur intermittierten Rehospitalisierung sicher nicht zum statistischen Artefakt.

Auf welche Faktoren kann man diese Veränderung in der Hospitalisierungspraxis nun zurückführen? Was hat sie ermöglicht, bedingt, notwendig gemacht ?

Sicherlich können die chronisch schizophrenen Patienten seit Einführung der Neuroleptika schneller bzw. überhaupt wieder aus psychiatrischen Institutionen entlassen werden. Genauso sicher erscheint ihre rezidivprophylaktische Wirkung zumindest für einen größeren Teil dieser Patienten (24). Aber zum Kollektiv unserer "Drehtürpatienten" gehören neben chronisch Schizophrenen auch Patienten mit anderen Diagnosen: nicht schizophrene Psychotiker, Neurotiker, Suchtkranke.

Sicherlich haben "Fortschritte der Behandlung (oder wenigstens das Vermeiden von Mißhandlungen)" (2) und eine Vielzahl sogenannter extramuraler Dienste und Einrichtungen - Ambulanzen, Tag- und Nachtkliniken, Patientenklubs, Reha-Einrichtungen - Dauerhospitalisierungen verhindern können.

Vielleicht haben Einstellungsänderungen in der Bevölkerung, bei den Behandelnden, bei den Patienten selbst, oder gar die 6-Wochen-Frist des Unterbringungsgesetzes (23), die Schwelle zur Dauerhospitalisierung erhöht.

Aber wir müssen noch weiter fragen: Welche Faktoren halten diese Hospitalisierungspraxis aufrecht? Oder, in der Drehtürmetapher gesprochen: Durch welche Maßnahmen können wir ihre Drehgeschwindigkeit verlangsamen oder gar stoppen? Wie kann der Teufelskreis dieser am schwersten getroffenen Patienten unterbrochen werden?

Auf dem Hintergrund dieser Fragen entstand diese Untersuchung. Psychiatrische Krankheitsverläufe können nicht als schicksalhaft, allein krankheitsimmanenten Gesetzen folgend

(etwa analog der Entwicklung eines rein somatischen Leidens) verstanden werden (32), vielmehr fanden Bleuler, Huber, et.al., (2), daß besonders bei chronisch Schizophrenen statistisch gesehen in den ersten 5 Jahren ihres Krankseins, also während ihrer ersten Kontakte mit psychiatrischen Institutionen, Weichen gestellt werden, die ihr weiteres Leben, den Verlauf ihres Krankseins, vorbestimmen. Nach dieser Zeit haben sie einen relativ stabilen Zustand erreicht: entweder voll geheilt, oder mit "Defekt" teilremittiert, oder in wenigen Fällen übergegangen in den schwersten Verlauf, den Bleuler als "Katastrophenschizophrenie" beschreibt. Diese 5-Jahresfrist, die im Einzelfall kürzer aber auch länger sein kann, macht die Bemühungen um den erstmals Erkrankten und Hospitalisierten so wichtig.

Wir vergleichen im Folgenden Erstmalshospitalisierte mit Patienten, die schon in das Dilemma der Drehtür gelangt sind hinsichtlich dreier Gruppen von Merkmalen: sozialer Daten, Daten zur Hospitalisierung in der LKN, und Daten zum Verlauf der Betreuung und Nachbehandlung.

Dabei haben sich für beide Gruppen von Stichproben Merkmalskonstellationen herausgebildet, über deren Zustandekommen Hypothesen formuliert und deren Bedeutung in Beziehung gesetzt werden soll zu Zielen und Aufgaben in der Behandlung und Betreuung chronisch psychiatrischer Patienten. Daß dabei aus Fragen weitere Fragen entstehen, ist ein nicht nur in der Psychiatrie bekanntes Dilemma, aus dem nur eine genauere Präzisierung der Fragestellung heraushelfen kann. Auch dazu hoffen wir beitragen zu können.

2. Die Untersuchungsmethode

2.1. Die Landesklinik Nordschwarzwald.

Im Januar 1975 wurde das bislang jüngste psychiatrische Landeskrankenhaus Baden-Württemberg eröffnet. Es sollte die stationäre psychiatrische Versorgung von drei Landkreisen übernehmen, deren Bevölkerung bislang teilweise von sehr

weit entfernten Landeskrankenhäusern versorgt wurde. So mußten Patienten aus dem Kreis Calw ins circa 120 km entfernte PLK Zwiefalten zur stationären Behandlung. Waren sie auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen, bedeutete dies wegen der schlechten Verkehrslage eine mindestens 5-stündige Reise.

Ab Juni 1977 - dem Beginn unseres Erhebungszeitraumes - wurde das volle Einzugsgebiet übernommen. Es umfaßt die folgenden Landkreise:

1.) Der Landkreis Calw ist einer der flächenmäßig größeren Landkreise Baden-Württembergs mit einer eher ländlich, kleinstädtischen Bevölkerung. In seinem nordöstlichen Teil liegt die Landesklinik Nordschwarzwald.
Die Einwohnerzahl liegt bei ungefähr 126 000 (Stand 1974). (40)

2.) Der Enzkreis ist von seiner Wirtschaftsstruktur ähnlich zusammengesetzt. Seine entlegeneren Gemeinden liegen in einer maximalen Entfernung von ungefähr 60 km zur Klinik.
Die Einwohnerzahl liegt bei ungefähr 165 000.

3.) Mitten im Enzkreis liegt der Stadtkreis Pforzheim mit circa 100 000 Einwohnern. Pforzheim ist eine Industriestadt mit mittleren und kleineren, überwiegend feinmechanischen Betrieben.

4.) Der Landkreis Böblingen mit ungefähr 308 000 Einwohnern setzt sich aus einem großen industriellen Ballungsgebiet (Daimler-Benz, IBM in Sindelfingen-Böblingen) und einem eher ländlichen Umland zusammen.

Das gesamte Einzugsgebiet umfaßt also 700 000 Einwohner und ist damit mehr als doppelt so groß wie das von der Bundesregierung empfohlene Standartversorgungsgebiet.

Während unseres Erhebungszeitraumes waren durchschnittlich etwa 270 Betten belegt: auf drei psychiatrischen Akutstationen, zwei psychogeriatrischen Stationen, einer Kinder- und Jugendstation und einer Station für junge Erwachsene.

Eine neurologische Abteilung nahm im Laufe des Jahres 1977 ihre Funktion auf. Die Patienten wurden von 20 Ärzten, 5 Psychologen und 145 Mitarbeitern im Pflegedienst betreut. Der Sozialdienst umfaßte 7 Sozialarbeiter (Jahresbericht der LKN 1977).
Dieser für ein Landeskrankenhaus relativ günstige Personalstand muß auf dem Hintergrund des weitergehenden Kapazitätsausbaus der Klinik gesehen werden.

Der Standort der Klinik liegt in einem großen Waldgebiet ungefähr 10 km von Calw entfernt. Das nächste Dorf ist in 1,5 km Nähe gelegen. Die öffentlichen Verkehrsbedingungen sind, im Vergleich zu Kliniken in Stadtgebieten, entsprechend schlecht. Patienten und Angehörige ohne eigenes Auto haben besondere Schwierigkeiten die Klinik schnell und ohne Umstände zu erreichen. Bedenkt man die Diskussion um Gemeindenähe in der psychiatrischen Versorgung, erscheint dieser Standort geradezu grotesk zu sein. Die Planungsarbeiten für die Klinik gehen jedoch bis in die 50er Jahre zurück, in eine Zeit, als noch völlig andere Prämissen für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung bestanden.

Die Dichte niedergelassener Nervenärzte im Einzugsgebiet ist dem bekannten Stadt-Land-Gefälle entsprechend unterschiedlich: Enzkreis und Pforzheim 6 in freier Praxis tätige Nervenärzte, im Kreis Böblingen ebenfalls 6, im Kreis Calw kein niedergelassener Nervenarzt (Stand 1971 (39)). Inzwischen ist die Lage etwas besser: Stand 1980: Kreis Calw 1, Kreis Pforzheim und Enzkreis 8, Kreis Böblingen 8.

Psychosoziale Nachbetreuung durch nichtärztliche Institutionen z. B. Laienhelfergruppen, Patientenclubs, Übergangswohnheimen bestehen in ungenügender Anzahl in den Städten Böblingen und Pforzheim. Die Lücke in diesem Versorgungsbereich ist besonders auf dem Land groß und trägt - wie wir meinen - entscheidend zum Drehtürphänomen in der stationären Versorgung bei.

2.2. Die Gesamtstichprobe

In die Gesamtstichprobe wurden alle Patienten aufgenommen, die im zweiten Halbjahr 1977 (1.7. - 31.12.1977) auf den

drei Akutstationen der LKN hospitalisiert wurden. Ausgenommen waren also die Patienten der beiden geriatrischen Stationen und einer psychotherapeutisch orientierten Station. Der Ausschluß dieser Patienten geschah auf Grund der Selektionskriterien dieser Stationen.

Die Stichprobe umfaßte ursprünglich 487 Patienten. 24 Patienten wurden im genannten Erhebungszeitraum zweimal, 2 Patienten dreimal hospitalisiert. Um einen systematischen Erhebungsfehler zu vermeiden, haben wir allein die Daten der im Erhebungszeitraum zuerst stattgefundenen Hospitalisierung in den Datenpool aufgenommen. Dadurch hat sich der Umfang der Gesamtstichprobe um 28 Datensätze auf 459 Patienten reduziert. Die Problematik dieser Reduktion wird in 2.7. besprochen.

2.3. Die Einteilung in Unterstichproben

Gemäß unserer Fragestellung - dem Vergleich erstmalshospitalisierter und mehrmalshospitalisierter Patienten - definierten wir folgende 5 Unterstichproben:

2.3.1. Stichprobe 1

Die Stichprobe 1 umfaßt alle Patienten, die zum erstenmal stationär psychiatrisch hospitalisiert werden mußten. Wir nennen sie "Erstmalsaufgenommene Patienten" (EA-Pat.).

2.3.2. Stichprobe 2

Die Stichprobe 2 umfaßt alle Patienten, die in der LKN mehrmals aufgenommen werden mußten. Sie umfaßt also die LKN-eigenen Drehtürpatienten. Wir nennen sie "LKN-Wiederaufnahmen" (LKN-WA).

2.3.3. Stichprobe 3

Zu dieser Stichprobe gehören alle die Patienten, die sowohl in der LKN mehrmals hospitalisiert waren, zusätzlich aber

auch schon in einer anderen Psychiatrischen Institution stationär behandelt wurden. Wir nennen diese Patienten "Wiederaufnahmen" (WA).

2.3.4. Stichprobe 4

Diese Stichprobe umfaßt alle diejenigen Patienten, die zum erstenmal in der LKN zur Aufnahme kamen, jedoch früher schon einmal in einer psychiatrischen Institution stationär behandelt wurden. Unten wird näher erläutert, daß es sich hierbei um Patienten handelt, die längere Zeit nicht hospitalisierungsbedürftig waren. Wir nennen sie "Wiederaufnahmen mit großem hospitalisierungsfreien Intervall" (WA-Intervall).

Abbildung 1 soll unsere Stichproben-aufteilung erläutern

	erste Aufnahme in der LKN	2. bis n-te Aufnahme in der LKN
keine Aufnahme außerhalb LKN	Stichprobe 1 n = 169	Stichprobe 2 n = 15
1- bis n-te Aufnahme außerhalb LKN	Stichprobe 4 n = 102	Stichprobe 3 n = 156
unbekannt	Stichprobe 5 n = 17	

Abb.1: Erläuterungen siehe Text 2.2.

2.3.5. Stichprobe 5

Alle Patienten, die nicht in Stichprobe 1-4 eingeordnet werden konnten, wurden dieser Stichprobe zugeschlagen.

2.3.6. Erläuterung

Wie aus Abb. 1 ersichtlich, gehen wir von der Hypothese aus, daß sich die große Gruppe der Drehtürpatienten nach zwei Gesichtspunkten unterteilen läßt:

Zum einen nach der Dauer der Rehospitalisierungsgeschichte. Die LKN wurde am 1.1.1975 eröffnet. Die Patienten der Gruppe 2 wurden also vor maximal 2 1/2 Jahren zum erstenmal stationär behandelt, haben also eine relativ kurze Rehospitalisierungsgeschichte.

Patienten der Stichprobe 3 wurden nicht nur in der LKN sondern auch schon in anderen psychiatrischen Institutionen mehrmals stationär aufgenommen. Ihre Rehospitalisierungsgeschichte verläuft entsprechend länger.

Zum anderen wurde nach der Länge der nicht-hospitalisierungsbedürftigen Intervalle unterschieden. Den Patienten der Stichproben 2 und 3 mit jeweils rasch aufeinanderfolgenden Rehospitalisierungen stehen in der Stichprobe 4 Patienten gegenüber, die zumindest in den letzten 2 Jahren nicht aufnahmebedürftig waren. In Einzelfällen liegt die letzte Hospitalisierung 10 und mehr Jahre zurück. Bildlich gesprochen dreht sich die Drehtür im einen Fall schneller, im anderen langsamer.

2.4. Erhebungsbogen, Datengewinnungs- und Codierungsprobleme

Ein Muster des Erhebungsbogens befindet sich im Anhang (S. 93). Alle Daten wurden zuerst numerisch verschlüsselt und anschließend auf VARIAS-Lochkarten übertragen.

Als Datenquelle diente der vom jeweiligen Stationsarzt ausgefüllte Fallregisterbogen der Psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, oder die Krankenakte. In Einzelfällen wurden die behandelten Stationsärzte direkt um Informationen angegangen.

Trotzdem konnte keine Vollständigkeit des Datenpools erreicht werden. Bei 17 Patienten blieb unbekannt, ob und wie oft sie vor ihrer jetzigen Aufnahme schon in stationärer Behandlung waren. Diese Patienten konnten also keiner der Stichproben 1-4 zugeordnet werden. Sie bilden zusammen die 5. Stichprobe, die im Vergleich der Stichproben untereinander nicht berücksichtigt wird, deren sonstige Daten

jedoch in den Datenschatz der Gesamtstichprobe mit aufgenommen wurden.

2.5. Beschreibung der erhobenen Daten.

Zur besseren Orientierung werden die erhobenen Merkmalsvariablen in drei Gruppen zusammengefaßt. Die Merkmalsnummer bezieht sich auf die Variablen-Nr. des Erhebungsbogens im Anhang (S.73 ff).

2.5.1. "Sozialdaten"

- Alter (Nr.4)
- Geschlecht (Nr. 5)
- Familienstand (Nr. 6)
- Nationalität (Nr. 7)
- Soziales Umfeld vor Aufnahme (Nr. 17)
- Soziales Umfeld nach Entlassung (Nr. 18)

Erl.: Unter sozialem Umfeld sind die Personen oder Gruppen gemeint, mit denen der Patient vor bzw. nach der Hospitalisierung lebte.

-Arbeitsverhältnis vorher (Nr. 19)
-Arbeitsverhältnis nach Entlassung (Nr. 20)
-Aufnahmegebiet (Nr.28)

Erl.: Das Einzugsgebiet der LKN umfaßt die Landkreise CW, BB, PF und Enzkreis. Patienten mit Wohnsitz außerhalb des Einzugsgebietes wurden gesondert zugeordnet. Diese Variable wurde in die Untersuchung aufgenommen, da 1978 die Aufnahmestationen regionalisiert wurden, d. h. jeder Station ein bestimmter Landkreis des Einzugsgebietes zugeordnet wurde.

2.5.2. "Klinische Daten, Daten zur Betreuung und Nachsorge."

- Diagnose (Nr. 2)

Erl.: Die Diagnosezuordnung folgt dem Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (14).

- Mehrfachdiagnose (Nr. 3)

Erl.: Bei 30% (n= 138) der Patienten wurde eine Mehrfachdiagnose gestellt, z. B. Neurose und chronisches

Suchtleiden. Die jeweils im Vordergrund stehende klinische Symptomatik wurde unter Variable 2 "Diagnose" kodiert.

- Aufnahmeanlaß (Nr. 12)
- Aufenthaltszweck (Nr. 14)
- Motivation (Nr. 15)

Erl.: Es wurde gefragt, ob der Patient aus eigener Initiative, durch andere motiviert, oder über das Unterbringungsgesetz zur Aufnahme kam

-Entlassungsbeurteilung (Nr. 22)
-Medikation bei Entlassung (Nr. 24)
-Weiterbehandlung (Nr. 25)
-Psychosoziale Nachbetreuung (Nr. 26)

Erl.: Darunter verstehen wir die Nachbetreuung durch alle nicht-ärztlichen Personen, Gruppen und Institutionen wie Laienhelfer, Patientclubs, kirchliche Fürsorgestellen, usw.

2.5.3. "Daten zur Hospitalisierung"

- einweisende Stelle (Nr. 13)
- aktuelle Verweildauer (Nr. 11)
- Anzahl früherer stationärer Behandlungen (Nr. 8)
- Anzahl der Aufnahmen im LKN (Nr. 9)
- Gesamtverweildauer früherer Aufenthalte in der LKN (Nr. 29)
-Anzahl der Verlegungen innerhalb der LKN (Nr. 27)
- geschlossene Unterbringung bei Aufnahme (Nr. 16)
- Entlassungsmodus (Nr. 21)

Erl.: Gemeint ist hier: mit oder ohne ärztliches Einverständnis entlassen, entwichen, verstorben.

2.6. Gesamthäfigkeiten, 2 und 3 dimensionale Kontigenztafeln.

Für das Gesamtkollektiv wurden über alle Variablen hinweg absolute und relative Häufigkeiten erstellt. Mit dem Steuerprogramm HY 05 wurden sodann zweidimensional Konti-

genztafeln errechnet: den 5 Unterstichproben wurden alle erhobenen Merkmalsvariablen zugeordnet. Aus diesen Tafeln lassen sich also für jede Stichprobe die absoluten Häufigkeiten aller Merkmalsausprägungen ablesen. In einem dritten Arbeitsgang wurden dreidimensionale Kontigenztafeln erstellt. Als abhängige Variable zusätzlich zur Stichprobenzuordnungs-Variable, wählten wir die Diagnose Variable. Aus diesen Tafeln kann zum Beispiel entnommen werden: Wieviele Patienten der Stichprobe 1, bei denen die Diagnose "Schizophrene Psychose" gestellt wurde, sind "ledig".

2.6.1. Statistische Sicherung

Die so bestimmten Häufigkeitsunterschiede zwischen den einzelnen Stichproben wurden anhand des Chi-Quadrat-Tests auf Signifikanz geprüft. Prüfparameter war bei jedem Vergleich die Zugehörigkeit zu einer Grundgesamtheit. Bei der Ergebnisbesprechung wird das jeweils erreichte Signifikanzniveau mit angegeben.

2.7. Diskussion methodischer Probleme.

Wie in 2.1. erwähnt, wurden mehrere Patienten im Erhebungszeitraum mehrmals hospitalisiert, jedoch nur der Datensatz ihrer ersten Aufnahme in dieser Untersuchung berücksichtigt. Dadurch wurde sicherlich Information verschenkt, hätte man dadurch doch recht einfach Informationen zum Verlauf und zur Notwendigkeit dieser mehrmaligen Aufnahmen gewinnen können. Die Aufnahme des ersten Datensatzes in die Untersuchung ist willkürlich. Das zahlenmäßige Verhältnis Erstmalsaufgenommener zu Wiederaufnahmen verschiebt sich dadurch jedoch nur unbedeutend, da alle außer zwei Patienten dieser Gruppe zu den Wiederaufgenommenen zählten. Hätten wir also den

zweiten Datensatz dieser Patienten genommen, wären in Stichprobe 1 zwei Datensätze weniger, in den anderen Stichproben zusammengefaßt zwei mehr.

Das Ziel dieser Untersuchung ist jedoch, ein Querschnittsprofil stationär behandlungsbedürftiger Patienten zu bilden. Aus dem Vergleich Erstmals- und Wiederaufgenommener Rückschlüsse auf den Verlauf psychiatrischer Erkrankungen zu ziehen, wäre ein spekulatives Unterfangen, da ja nur ein unbekannter Teil der Ersthospitalisierten zu "Drehtürpatienten" wird. Was die dennoch erhobenen "Längsschnittdaten" „soziales Umfeld vorher-nachher" und "Arbeitsverhältnis vorher-nachher", betrifft so interessierten uns vornehmlich die unmittelbaren Auswirkungen einer stationär-psychiatrischen Behandlung, nicht jedoch längerfristige Veränderungen.

Nicht selten war es jedoch schwierig, gerade darüber sichere Informationen zu erheben. Dies trifft besonders für die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu. Patienten wurden nach ihrem Klinikaufenthalt häufig von ihrem Hausarzt weiterhin krankgeschrieben, gingen also nicht sofort wieder an ihre Arbeitsstelle. Über welche Zeiträume sich diese Krankschreibungen erstreckten, konnten wir nicht ermitteln. Nur über die von der hauseigenen Ambulanz weiterbehandelten Patienten können sichere Aussagen getroffen werden.

Patientinnen, die den Beruf "Hausfrau" angaben, konnten im engen Sinne des Wortes gar nicht arbeitslos werden. In welchem Umfang sie nach Entlassung wieder für sich und ihre Angehörigen sorgen konnten, im weiteren Sinne also arbeitsfähig waren, ist unsicher. Auch die vom behandelnden Arzt beurteilte "Arbeitsfähigkeit" läßt keine weiteren Rückschlüsse zu (s.u.).

Ein weiteres Problem stellten diejenigen Patienten dar, deren Klinikaufenthalt den Erhebungszeitraum über mehrere Wochen oder gar Monate überdauerte. Diejenigen Daten dieser Patienten, die während des Erhebungszeitraumes

noch nicht gewonnen werden konnten (Weiterbehandlung nach Entlassung, Entlaßbeurteilung, usw.) wurden deshalb in einem zweiten Erhebungsdurchgang im Juni/Juli 1979 ermittelt. Zu diesem Zeitpunkt, also maximal 2 Jahre nach Einweisung in die LKN, hatten alle Patienten sie inzwischen wieder verlassen.

Bei der Auswertung der 3-dimensionalen Kontigenztafeln konnten wir uns teilweise nur auf sehr kleine Häufigkeiten stützen. Eine statistische Absicherung war deshalb nicht möglich, eine Interpretation dieser Zusammenhänge nicht sinnvoll. Um den Fehler der kleinen Zahl zu umgehen, hätte die Anzahl der Merkmalsausprägungen durch zusammenfassende Klassenbildung reduziert werden müssen. Dies hätte jedoch einen erheblichen Informationsverlust bedeutet. Wenn eine sichere Interpretation so errechneter Zusammenhänge also gar nicht sinnvoll erscheint, so zeichnen sich darin doch Tendenzen ab, die zu neuen Fragestellungen und Hypothesen führen könnten.

3. Ergebnisse: Klinische Daten

3.1. Die Verteilung der Diagnosen

Die Tabelle psychiatrischer Krankheiten im "Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten" (14) umfaßt 37 Diagnosemöglichkeiten. Wir reduzierten sie aus pragmatischen Gesichtspunkten auf 10 Diagnosegruppen und gingen davon aus, daß jedem unserer Patienten eine dieser 10 Diagnosen zugeordnet werden kann und zwar unabhängig vom jeweiligen theoretischen Standpunkt des Untersuchers, daß aber eine stärkere Differenzierung des Diagnoseschlüssels eine eindeutige Zuteilbarkeit nicht immer gewährleistet hätte.

3.1.1. Schizophrenie und Borderline-Syndrom (ICD-Nr. 295)

Diese Diagnose wurde - bezogen auf die Gesamtstichprobe - in 34% (n= 156) der Fälle und damit am häufigsten gestellt.

Jedoch erhielten nur 22% (n=37) der Erstaufgenommenen diese Diagnosen gegenüber 43% (n=74) der Wiederaufgenommenen und 37% (n=38) der Wiederaufgenommenen mit großem Wiederaufnahmeintervall. Die Unterschiede "Erstmalsaufgenommene zu Wiederaufgenommene" und „Erstmalsaufgenommene zu Wiederaufgenommenen mit großem Intervall" sind hoch signifikant (α = 0,001). Dagegen ist der Unterschied WA zu WA-I nicht signifikant.

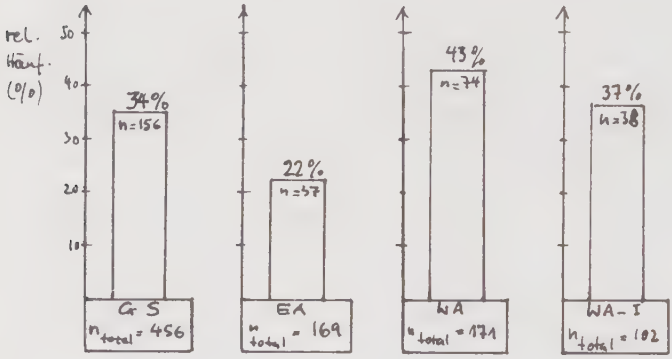


Abb.2: Relative Häufigkeit der Diagnose "Schizophrenie, Borderline-Syndrom" in der Gesamtstichprobe (GS), bei den Erstmalsaufgenommenen (EA), den Wiederaufgenommenen (WA) und den Wiederaufgenommenen mit großem Wiederaufnahmeintervall (WA-I).

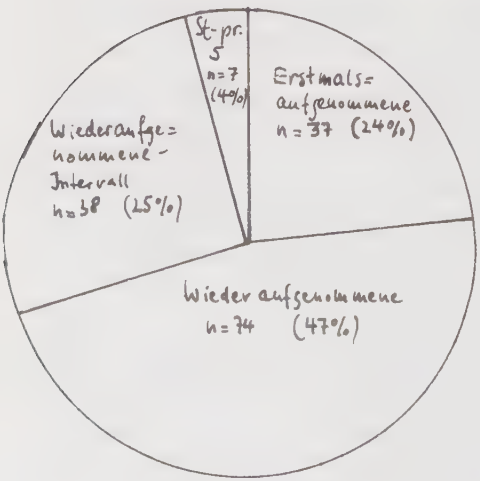


Abb.2a:

Von 156 Schizophrenen wurden 24% zum ersten Mal aufgenommen, 47% wiederaufgenommen und 25% nach längerem Intervall wiederaufgenommen. 4% gehören zur Stichprobe 5.

3.1.2. Affektive Psychose, Mischpsychose (ICD-Nr. 296)

Statistisch gesichert sind die Unterschiede zwischen EA und WA, sowie zwischen EA und WA-I. Die relativen Häufigkeiten zwischen WA und WA-I unterscheiden sich nicht signifikant.

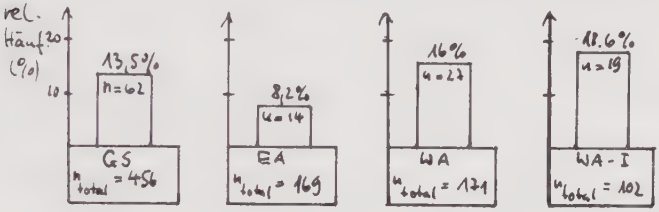


Abb.3: Relative Häufigkeiten der Diagnose "Affektive Psychose, Mischpsychose" in der Gesamtstichprobe (GS), bei den Erstmalsaufgenommen (EA), den Wiederaufgenommenen (WA) und den Wiederaufgenommenen mit großem Wiederaufnahmeintervall(WA-I).

3.1.3. Exogene Psychose (ICD-Nr. 292,293,294,309)

Vermutlich werden Patienten mit organischen Hirnstörungen (Tumoren, Epilepsie, Enzephalitis, Arteriosklerose der Hirngefäße etc.) eher im Allgemeinkrankenhaus oder einer neurologischen Abteilung behandelt als im psychiatrischen Krankenhaus. Deshalb kamen nur wenige solcher Fälle in der LKN zur Aufnahme:
2% (n=9) der Gesamtstichprobe erhielten diese Diagnose, 1% (n=2) der Erstmalsaufgenommenen, 2,5% (n=4) der Wiederaufgenommenen und 2,4% (n=3) der WA-I-Patientengruppe.

3.1.4. Hirnorganischer Defektzustand, Schwachsinn (ICD-Nr. 310-315).

Im Gegensatz zu anderen psychiatrischen Landeskrankenhäusern wurden in unserem Erhebungszeitraum relativ wenige Schwachsinnige oder hirnorganisch Kranke aufgenommen:

Insgesamt waren es 4% (n=18) aller Aufgenommenen (absolut: 18 Patienten). Bei den Erstaufgenommenen waren es nur 2,5% (n=4), bei den Wiederaufgenommenen 4,5% (7) bzw. 4,0% (n=4) (WA-I).

3.1.5. Akute Suchtzustände und chronisches Suchtleiden (ICD-Nr. 291,303,304).

Wir unterscheiden einerseits in Patienten, die unter dem Bilde einer akuten Intoxikation oder einem deliranten Durchgangssyndrom zur Aufnahme kamen, andererseits in chronisch von einem Suchtmittel abhängige Patienten.

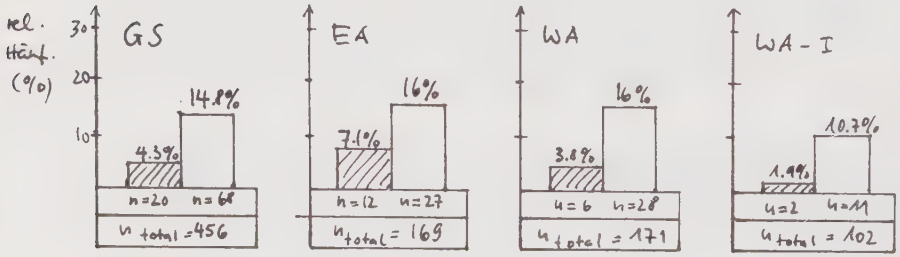


Abb.4: Relative Häufigkeiten der Diagnose "akute Suchtzustände" (gestrichelt) und "chronisches Suchtleiden" in der Gesamtstichprobe (GS), bei den Erstmalsaufgenommenen (EA), Wiederaufgenommenen (WA und WA-I).

Die leicht unterschiedlichen Häufigkeiten der Diagnosestellung "chronisches Suchtleiden" sind nicht signifikant verschieden. Die geringen absoluten Häufigkeiten der "akuten Suchtzustände" machten eine statistische Signifikanzprüfung unmöglich.

3.1.6. Soziopathie (ICD-Nr. 301.7)

Allein 4 von 459 Patienten wurde diese Diagnose gegeben,

3 davon kamen das erste Mal zur Aufnahme in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. Wir vermuten, daß sich hinter diesen 4 Patienten Nichtseßhafte verbergen, denen eine krankenkassenrelevante Diagnose gegeben werden mußte. Der sparsame Umgang mit dieser anrüchigen und schwer stigmatisierenden Diagnose scheint begrüßenswert.

3.1.7. Neurose und "neurotische Reaktion", paranoide Reaktion". (ICD-Nr. 300)

Unter "neurotischer und paranoider Reaktion" wurden Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen, Suizidandrohungen und -versuchen, etc. subsumiert. Ihnen stehen die Patienten mit eher charakterlich verfestigter "Neurose" gegenüber. Diese Trennung mag theoretisch künstlich erscheinen, hat sich aber für die Praxis, wie noch gezeigt werden wird, als relevant erwiesen.

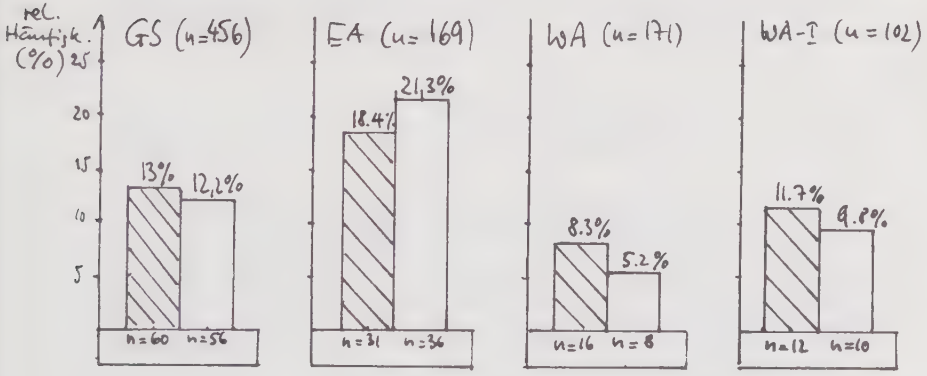


Abb.5: Relative Häufigkeiten der Diagnose "Neurose" (gestrichelt) und"neurotische und paranoide Reaktion" in der Gesamtstichprobe (GS), bei den Erstmalsaufgenommenen (EA) und den Wiederaufgenommenen (WA und WA-I).

Die Unterschiede zwischen EA und WA sowie zwischen EA und WA-I sind statistisch signifikant. Bei der Diagnose "Neurose" auf dem Niveau α = 0,05 bei der Diagnose "neurotische Reaktion" auf dem 0,001 Niveau.

Vergleicht man die Verteilung aller Diagnosen bei den Erstmalsaufgenommenen mit der Diagnoseverteilung bei den Wiederaufgenommenen, so fällt folgender Trend auf: Ungefähr 40% der Erstaufgenommenen sind "Neurotiker" nur etwa 30% der Erstaufgenommenen werden als "Psychosen" diagnostiziert. Bei den Wiederaufgenommenen ist es umgekehrt: fast 60% sind"Psychotiker" (WA-I : 56%), nur 13% (21,5% WA-I) sind "Neurotiker".

3.1.8. Mehrfachdiagnosen

In insgesamt 30% (n=138) der Fälle wurden Mehrfachdiagnosen gestellt. Dabei spielt die Stichprobenzugehörigkeit keine Rolle. Verdachtsdiagnosen wurden in 3,9% (n=18) der Fälle gestellt, in allen 3 Stichproben etwa gleich häufig.

3.1.9. Aufnahmeanlaß

In der Gesamtstichprobe war der häufigste Aufnahmeanlaß eine Suiziddrohung oder ein Suizidversuch (24.8% (n=114) der Fälle). Bei den Erstmalsaufgenommenen war dieser Anlaß häufiger 32% (n=54) als bei den Wiederaufgenommenen 22% (n=38). WA-I: 17,6% (n=18). Irrtumswahrscheinlichkeit α =0,05 bzw. 0,001.

Etwas weniger häufig (21,1% (n=97) der Fälle) war eine floride psychotische Symptomatik der Aufnahmegrund. Sie war bei 16% (n=27) der EA der Anlaß zur Klinikeinweisung, gegenüber 21% (n=37) bei den WA und 28,4% (n=29) bei den WA-I. Statistisch sicher ist nur der Unterschied

zwischen EA-und WA-I-Gruppe (α =0,001).

Erst an dritter Stelle in der Rangfolge der Aufnahmeanlässe folgt der Leidensdruck, also das vom Patienten selbst empfundene Krankheits- und Hilfsbedürftigkeitsgefühl. (16,1% (n=74) der Fälle), Differenziert man nach Stichproben, ergeben sich keine sicheren Unterschiede (EA: 13,6% (n= 23), WA: 18,6%(n=30), WA-I: 19,6% (n=20)).

Am 4.häufigsten (12,6% (n=58) der Fälle) führt ein Erregungszustand oder Aggressivität zur Klinikeinweisung. Bei den WA schlägt dieser Anlaß mit 16,6% (n=27) zu Buche gegenüber 9,8% (n=10) der WA-I-Patienten (Unterschied signifikant bei α =0,05) und 11,2% (n=19) der EA-Fälle.

In 7,6% (n=35) der Fälle war der Aufnahmeanlaß ein Konflikt im Umfeld der Patienten, in 5,6% (n=26) der Fälle eine Intoxikation oder akuter Alkoholeinfluß. Bei 4,4% (n=20) war der Anlaß unbekannt, bei 3,7% (n=17) lagen Verwirrtheitszustände, in 2,8% (n=13) Versagenszustände und in 1% (n=5) Verwahrlosung vor oder standen als Aufnahmeanlaß im Vordergrund.

Aus den 3-dimensionalen Kontingenztafeln lassen sich hierzu weitere Informationen entnehmen:

3.1.10. Aufnahmeanlaß bei schizophrenen Patienten.

Von den erstmalsaufgenommenen Schizophrenen (37 Patienten) mußten 19 (51%) wegen florider psychotischer Symptomatik aufgenommen werden, 5 Fälle (13,5%) wegen Suiziddrohung/-versuch und 2 Fälle wegen eines Erregungszustandes.

Anders sieht es bei den WA-Schizophrenen aus: bei 21 von 67 Fällen war der Anlaß eine floride psychotische Symptomatik seltener (der Unterschied zu den Erstmalsaufgenommenen ist bei α =0,05 signifikant).

Ein Erregungszustand oder eine Suiziddrohung/-versuch war in dieser Gruppe etwa gleich häufig Aufnahmeanlaß (11 bzw. 12 Fälle). Bei 10 Fällen stand der Leidensdruck im Vordergrund und war damit häufiger als bei den Erstmalsaufgenommenen Schizophrenen.

3.1.11. Aufnahmeanlaß bei Neurosepatienten.

Von den 31 erstmalsaufgenommenen Neurotikern kamen 14 (45%) wegen Suiziddrohung/-versuch zur Aufnahme, 10 (32%) aus Leidensdruck. Sie unterscheiden sich darin nicht von den wiederaufgenommenen Neurotikern.

Bei den EA-Patienten mit der Diagnose "neurotische Reaktion" ist die Suiziddrohung ebenfalls häufigster Einweisungsanlaß (19 von 36 Fällen = 53%). Faßt man dagegen die 8 WA und 10 WA-I-Patienten mit dieser Diagnose zusammen, ist eine Suiziddrohung selten, jedoch Leidensdruck um so häufiger Anlaß zur Aufnahme.

Auch Patienten mit chronischem Suchtleiden werden in allen Stichproben am häufigsten wegen Suiziddrohung/-versuch eingewiesen (EA: 33% (9 von 27), WA: 36% (10 von 28), WAI: 27% (3 von 11). An zweiter Stelle ist eine „akute Intoxikation" Aufnahmeanlaß.

3.1.12. Aufenthaltszweck

In fast allen Fällen diente der Klinikaufenthalt der Behandlung. Nur in 3 Fällen stand eine diagnostische Abklärung, in drei weiteren Fällen der körperliche Entzug im Vordergrund.

3.1.13. Motivation

16% (n=27) der Erstaufgenommenen kamen aus eigener Initiative in die Klinik gegenüber 27% (n= 47) der wiederaufgenommenen Patienten (signifikant bei α =0,05).

Bei allen Stichproben etwa gleichhäufig führte der Druck durch Dritte (Fremdmotivation) zur Aufnahme.

Bei den Erstaufgenommenen erfolgte die Aufnahme nach dem Unterbringungsgesetz signifikant häufiger (α =0,05) als bei den WA-Patienten (EA 6% (n=10), WA-I: 1% (n=1), WA: 3% (n=5). Die Dunkelziffer ist bei diesem Merkmal jedoch besonders hoch, denn in ca. 10% war eine Zuordnung aus Mangel an valider Information nicht möglich.

Differenziert man die Stichproben nach Diagnosen (3-dimensionale Kontingenztafeln), so kommen -übereinstimmend in alle Stichproben - Neurosepatienten vorwiegend aus eigenem Antrieb in die Klinik. Bei erstmalsaufgenommenen Psychosepatienten ist Fremdmotivation die Regel, ebenso bei EA Suchtpatienten. Bei den Wiederaufgenommenen Psychosepatienten kamen immerhin 21 von 92 aus eigenem Antrieb.

Geschlossene Unterbringung bei Aufnahme war in 63% (n=298) der Gesamtstichprobe notwendig. Bei den EA Patienten etwa gleichhäufig wie bei den WA Patienten.

Von den Neurotikern konnten ca. 50% freien Ausgang erhalten, 50% mußten unter den Bedingungen einer geschlossenen Station behandelt werden. Bei den Psychose-Patienten war das Verhältnis 20:70 (Frei : Geschlossen).

3.1.14. Entlassungsbeurteilung.

Alle Patienten wurden bei ihrer Entlassung nach dem Erfolg der Behandlung beurteilt. Die Rating-Skala war vierteilig: verschlechtert - ungebessert - mäßig gebessert - gut gebessert. Zusätzlich wurden die Kategorien "verstorben" und"unbekannt" aufgenommen. Absichtlich wurde die Kategorie "gesund" oder "geheilt" als zu vieldeutig ausgelassen. Die Beurteilung des Entlassungszustandes oder des Behandlungserfolgs wurde also nur in Bezug auf den Aufnahmezustand des jeweiligen Patienten vorgenommen.

Zwei Patienten der Gesamtstichprobe - beides Wiederaufgenommene - wurden in verschlechtertem Zustand entlassen.

Ungebessert wurden 18,5% (n=85) der Gesamtstichprobe entlassen. 30% (n=134) wurden als mäßig gebessert, 29% (n=132) als gut gebessert beurteilt, 2 Patienten waren verstorben. Leider fanden wir bei 21% (n=99) der Patienten keinen eindeutigen Hinweis auf ihren Entlassungszustand im Krankenblatt. Dies beeinträchtigt die Aussagekraft unserer Zahlen stark.

Der einzige, jedoch hoch signifikante Unterschied zwischen den Stichproben fand sich in der jeweiligen Menge gut gebesserter Entlassener. Sie waren in der WA-I-Gruppe mit 42% (n=43) überrepräsentiert gegenüber 26% (n=44) in der EA-Gruppe und 25% (n=43) in der WA-Gruppe (α =0,001).

Unterteilt man zusätzlich nach Diagnosen (3-dimensionale Kontingenztafeln), entsteht folgendes Bild:

Am häufigsten "mäßig oder gut gebessert" wurden die Schizophrenie-Patienten entlassen: 46% (n=20) der erstmalsaufgenommenenSchizophrenen und 76% (n=51) wiederaufgenommenen Schizophrenen. Dies ist hinsichtlich des meist besonders desolaten Aufnahmezustandes leicht zu verstehen.

Auch die Patienten mit "neurotischer Reaktion" wurden ganz überwiegend mäßig oder gut gebessert entlassen.

Dagegen wurden die Neurotiker schlechter als die vorigen Gruppen beurteilt bei ihrer Entlassung: Aus der EA-Gruppe wurden 54% (n=17), aus der WA-Gruppe gar 76% (n=10) ungebessert oder nur mäßig gebessert nach Hause geschickt.

In noch schlechterem Zustand wurden die chronischen Suchtpatienten entlassen: hier war der Prozentsatz der ungebesserten oder mäßig gebesserten Fälle am höchsten. (n=24 , 89%).

Patienten mit der Diagnose "affektive Psychose" nehmen eine Mittelstellung hinsichtlich der Entlassbeurteilung ein. Zwar hatten beide verschlechterten Patienten der Gesamtstichprobe diese Diagnose erhalten, jedoch wurden über 50% der WA-I-Gruppe als gut gebessert beurteilt. Das mag bedeuten: Patienten mit einer affektiven Psychose und großen Rezidivfreien Intervallen haben die beste Chance als gut gebessert wieder entlassen zu werden. Eine ähnlich gute Chance - auf alle Stichproben bezogen - haben nur

noch WA-I Patienten mit der Diagnose "neurotische Reaktion".

3.1.15. Entlassungsmodus

Die überwiegende Mehrzahl unserer Patienten wurde mit ärztlichem Einverständnis entlassen 76% (n=349). 4% (n=19) der Patienten entwichen, ebensoviele gingen gegen den Willen des Arztes. Bei 15% (n=71) war der Entlassungsmodus nicht eindeutig feststellbar.

Die entwichenen Patienten rekrutieren sich hauptsächlich aus der WA Gruppe (9 von 171) bzw. aus der WA-I Gruppe (5 von 102), weniger häufig waren es Erstmalsaufgenommene (3 von 169).

3.1.16. Medikation bei Entlassung

WA-Patienten wurden signifikant häufiger mit depotneuroleptischer Medikation entlassen als Erstaufgenommene (α =0,001). Sicher spielt bei diesem großen Unterschied der höhere Anteil Schizophrener in der WA-Gruppe eine Rolle. Die 3-dimensionalen Kontingenztafeln erklären mehr: 15 von 37 erstmalsaufgenommenen Schizophrenen (40%) wurden mit Depotmedikation entlassen gegenüber 39 von 67 (58%) der wiederaufgenommenen Schizophrenen und 47% der WA-I Schizophrenen. Auch diese Unterschiede sind signifikant (α =0,01 bzw. 0,05).
Mit Lithium-Prophylaxe wurden 5 Patienten entlassen. Lithium und ein Depotneuroleptikum erhielten 6 Patienten.

3.2. Soziographische Daten

3.2.1. Altersverteilung

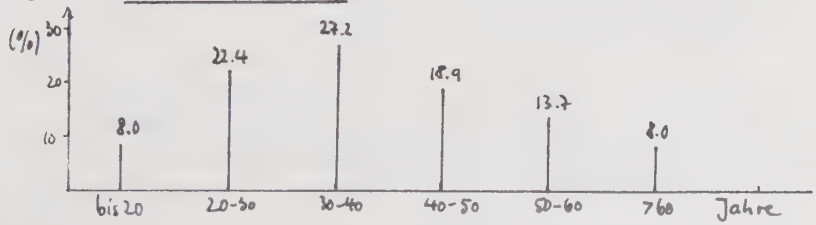


Abb.6: Altersverteilung der Gesamtstichprobe

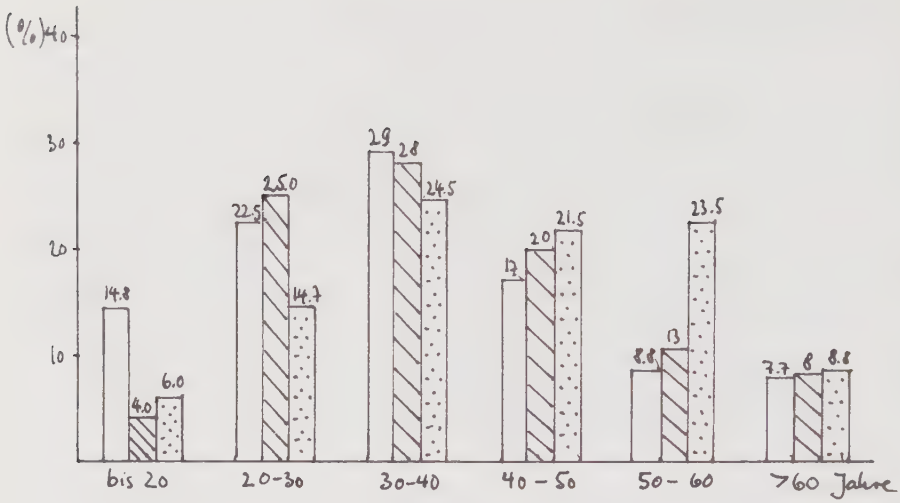


Abb.7: Altersverteilung bei den Erstmalsaufgenommenen (leer), den Wiederaufgenommenen (gestrichelt), und den WA-I-Patienten (gepunktet).

Bei den verschiedenen Diagnosegruppen ist die Altersverteilung unterschiedlich:

Von 37 EA-Schizophrenen waren 7 unter 20, 8 zwischen 20 und 30, 12 zwischen 30 und 40 Jahren alt. Insgesamt 10 erstmalsaufgenommene Schizophrene waren über 40 Jahre alt.

Von den erstmalsaufgenommenen affektiven Psychosen waren 11 von 14 über 40 Jahre alt.

Die Altersverteilung der EA-Neurotiker ist ausgeglichen: 18 waren unter 40, 13 über 40.

Dagegen waren allein 20 von 36 Patienten mit neurotischer Reaktion unter 30 Jahre alt.

Suchtkranke kamen gehäuft zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr zur ersten Aufnahme.

Wie aus Abb. 7 hervorgeht, waren die Patienten der WA-I-Gruppe durchschnittlich älter (α =0,05), EA und WA unterscheiden sich nicht signifikant.

3.2.2. Geschlechterverteilung

In unserem Erhebungszeitraum wurden beinahe doppelt so viele Frauen wie Männer aufgenommen. Zwischen den Stichproben ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Geschlechterverteilung.

Nach Diagnosen differenziert (3-dimensionale Kontingentafeln) ergaben sich folgende groben Zusammenhänge: Erstaufgenommene Schizophrene und Neurotiker verteilen sich nach dem Geschlecht in ähnlichem Verhältnis wie die Gesamtstichprobe: 35% Männer zu 65% Frauen. Die wiederaufgenommenen Neurotiker sind dagegen ausschließlich Frauen. Auch die Patienten mit affektiven Psychosen sind in den meisten Fällen (ca. 90%) weiblichen Geschlechts.

Erstmalsaufgenommene Patienten mit akuten Suchtzuständen sind geschlechtlich gleichverteilt (6Männer und 6 Frauen), während bei den chronischen Suchtpatienten die Männer leicht überwiegen.

3.2.3. Nationalität

Mit 10% (n=47) sind die Ausländer bezogen auf die Gesamtbevölkerung (1972: 8,6% (39)) in der Klinik überrepräsentiert. In der EA Gruppe sind sie mit 14% (n=23) noch häufiger als in der WA-Gruppe mit 8% (n=14).

3.2.4. Familienstand

Bezogen auf die Gesamtstichprobe waren 39,5% (n=182) aller Patienten ledig, 38% (n=175) verheiratet, 2,5% (n=12) getrennt lebend, 11% (n=50) geschieden und 9% (n=40) verwitwet.

Der Anteil geschiedener ist in der WA-I Gruppe mit 14.7% (n=15) am höchsten, jedoch ist der Unterschied zur EA und WAStichprobe nicht signifikant.

Setzt man den Familienstand in Beziehung zur Diagnose, ergibt sich ein differenzierteres Bild:

Erstaufgenommene Schizophrene sind signifikant häufiger ledig 54% (n=20) gegenüber 38,5% (n=11) der Gesamtstichprobe). Außerdem waren 3 von 6 getrennt lebenden Erstmals-

aufgenommenen als schizophren diagnostiziert worden.

Bei den erstmalsaufgenommenen Patienten mit "neurotischer Reaktion" waren die Geschiedenen überrepräsentiert: 19,5% (n=7) gegenüber 10% (n=17) aller Erstmalsaufgenommenen. Bei den EA-Neurotikern überwiegen die Verheirateten deutlich die Ledigen (61,5% (n=19) : 25% (n=8)). Der Anteil geschiedener und getrennt lebender Neurotiker ist dagegen auf die Gesamtstichprobe bezogen signifikant geringer (6,5% (n=2) gegenüber 13,5%) (α =0,05).

Der Familienstand ist sicher kein besonders differenzierter oder sicherer Indikator für die soziale Integration eines Patienten: Auch in einer äußerlich intakten Ehe oder Familie können die Partner stark zurückgezogen und isoliert leben. So überrascht es, daß sich dennoch sozialer Rückzug, Desintegration und gesellschaftliche Ausgrenzung bestimmter psychiatrischer Patienten so deutlich in diesem soziographischen Merkmal niederschlägt:

Bei den wiederaufgenommenen Schizophrenen sind die Ledigen mit 51,4% (n=40) genauso überrepräsentiert wie bei den EA-Schizophrenen. Auch die Anzahl getrennt oder geschieden lebender ist mit 12% (n=8) höher als in GS. Am deutlichsten schlägt sich diese Tendenz jedoch bei dem WA-I.Schizophrenen wieder: 23.5% (9 von 38) sind geschieden (Unterschied zur Gesamtstichprobe bei α =0,01 signifikant).

Bei den wiederaufgenommenen Suchtkranken fanden wir ähnliche Verhältnisse: gegenüber den Erstmalsaufgenommenen hat sich der Anteil Geschiedener verdoppelt (11% (n=3) bei den EA, 24% (n=6) bei den WA, signifikant bei α =0,01).

Die wiederaufgenommenen Neurotiker unterscheiden sich von den erstmalsaufgenommenen hingegen nicht. Die "Scheidungsrate" ist nicht erhöht und die Anzahl Lediger eher unterdurchschnittlich.

3.2.5. Soziales Umfeld vor Aufnahme und danach.

Die psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit eines Familienmitgliedes führt nicht selten zu tiefgreifenden Änderungen in seiner engsten sozialen Umgebung. Unser Interesse galt

deshalb auch der Frage, ob sich ein einzelner Aufenthalt im Landeskrankenhaus auf die Familiensituation des Patienten auswirkt: wie häufig und in welchen Fällen kehrt der Patient nicht in seine Ursprungsfamilie zurück, wie häufig muß etwa ein Heimplatz oder eine andere soziale Umgebung für einen Patienten gesucht werden.
Das Ziel, diese Frage präzise zu beantworten, erreichten wir mit unserem methodischen Instrumentarium nicht. Denn in ungefähr 25% (n=112) der Fälle konnten wir aus der Krankenakte und nach Befragen des behandelnden Arztes keine sicheren Informationen darüber gewinnen. Einfacher zu erheben war, in welcher Umgebung die Patienten vor ihrer Einweisung lebten. Hier waren wir uns nur bei 3% (n=14) unsicher. Es ist also wenigstens möglich, die Daten zum Familienstand näher zu präzisieren.

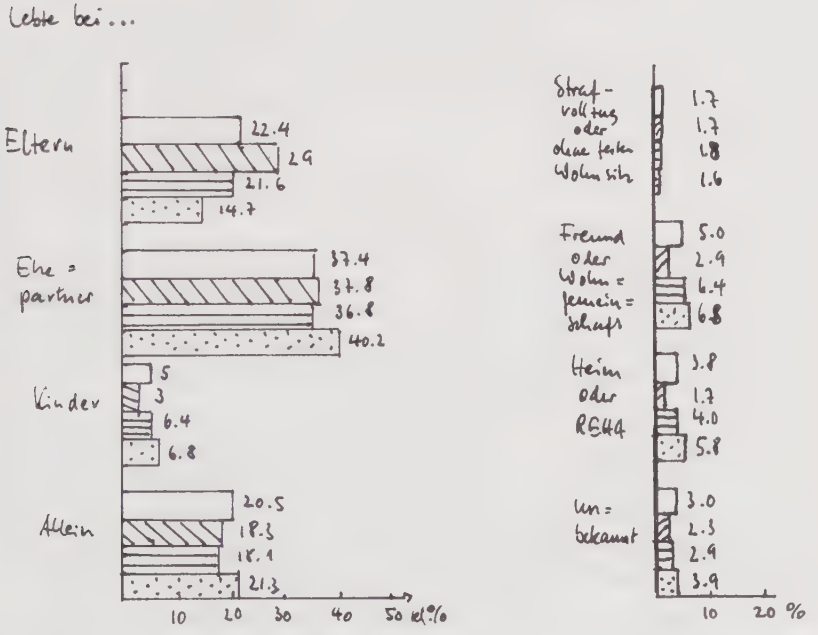


Abb.8: Das soziale Umfeld der Patienten vor ihrer Aufnahme in die LKN. Gesamtstichprobe (leer), Erstmalsaufgenommene (schräg gestreift), Wiederaufgenommene (quer gestreift), WA-I (gepunktet), in % der jeweiligen Stichprobe.

GS, EA, WA, WA-I

Die Unterschiede zwischen den Stichproben im Zusammenleben mit Eltern bzw. Kindern gehen auf das Konto des unterschiedlichen durchschnittlichen Alters: Die WA-I Patienten sind im Schnitt älter und leben deshalb seltener bei ihren Eltern und häufiger bei ihren Kindern.

Dass Wiederaufgenommene häufiger aus Heimen oder Rehabilitationseinrichtungen kommen als Erstmalsaufgenommene, ist ebenso plausibel.

Die 3-dimensionale Kontingenztafeln bestätigen zum Neuen die These vom sozialen Rückzug schizophrener Patienten. Die erstmalsaufgenommenen Schizophrenen lebten in 16% (n=6) der Fälle allein, bei den WA-Schizophrenen waren es 22% (n=16), bei den WA-I-Schizophrenen aber 29% (n=11). Anders formuliert: von den 28 wiederaufgenommenen Alleinstehenden waren 13 (46,5%) schizophren. Bei den erstmalsaufgenommenen Alleinlebenden waren es nur 6 von 31 = 19,4%.

Ähnliches gilt für chronische Suchtpatienten: 11% (n=3) der EA-Suchtpatienten lebten allein dagegen 32% (n=8) der WA-Suchtpatienten.

3.2.6. Arbeitsverhältnis vor Aufnahme und nach Entlassung.

Ähnlich wie bei dem Merkmal "soziales Umfeld" versuchten wir, die direkten Auswirkungen des Klinikaufenthaltes auf das Arbeitsverhältnis der Patienten zu untersuchen. Leider konnte auch hier von über 28% (n=131) unserer Patienten keine sichere Auskunft aus dem Krankenblatt oder vom Stationsarzt gewonnen werden darüber, ob der Patient seine frühere Arbeit nach der Klinikbehandlung wieder aufnehmen konnte. Bestimmt rührt dies auch daher, daß viele Patienten nach Entlassung zunächst noch weiterhin von niedergelassenen Ärzten krankgeschrieben werden, mithin also unsicher ist, ob diese Patienten letztendlich wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Andererseits vermuten wir jedoch ein generelles Desinteresse der behandelnden Klinikärzte an der Wiedereingliederung ihrer Patienten ins Arbeitsleben. Teilweise zurecht wird die Verantwortung darüber vermutlich in die Hand des Klinik-Sozialdienstes und des Arbeitsamtes gelegt.

Wie wichtig aber die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben für den Krankheitsverlauf und die "Drehtürproblematik" ist, schlägt sich hier deutlich nieder, obwohl wir also wiederum nur sichere Aussage über das Arbeitsleben vor dem Klinikaufenthalt machen können.

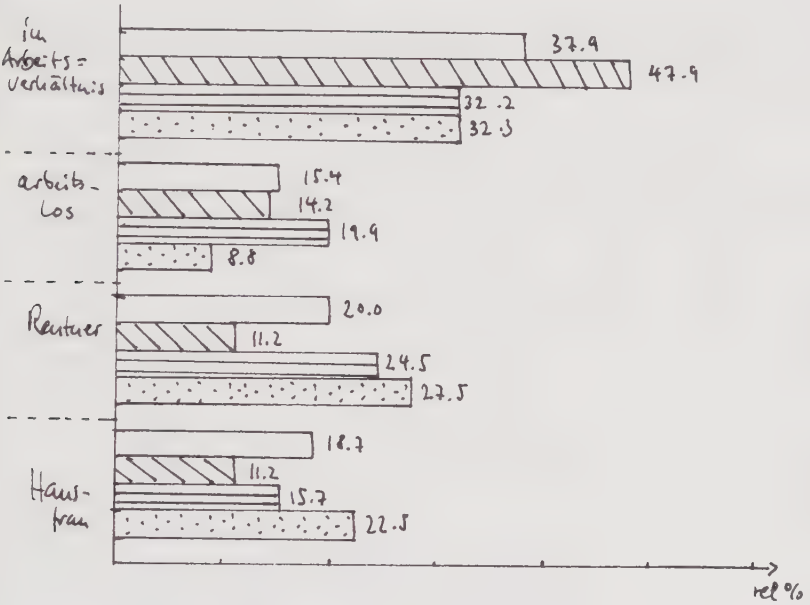


Abb.9: Arbeitsverhältnis vor Einweisung in die LKN: Gesamtstichprobe (leer), Erstmalsaufgenommene (schräg gestrichelt), Wiederaufgenommene (quer gestreift), WA-I-Patienten (gepunktet). Relative Häufigkeit in Prozent.

GS □ , EA ▨ , WA ▤ , WA-I ⁞⁞

Erstmalsaufgenommene stehen demnach signifikant (α =0,01) häufiger im Arbeitsleben als WA- oder WA-I- Patienten. Der Unterschied in der Häufigkeit von Arbeitslosen in der EA-Stichprobe und WA-Stichprobe ist bei α =0,05 signifikant. Dass die WA-I-Patienten weniger häufig arbeitslos sind, geht auf die Häufung von Rentnern und Hausfrauen in dieser Stichprobe zurück.

Von den 24 EA-Arbeitslosen sind 7 chronische Suchtpatienten, 6 schizophren, 3 neurotisch. Der Rest verteilt sich gleichmäßig über die restlichen Diagnosen.

Zum Vergleich die 31 WA-Arbeitslosen: 14 Schizophrene, 7 chronische Suchtpatienten und 3 akut Suchtkranke. Die restlichen 10 verteilten sich wieder auf die anderen Diagnosen.

Berentet waren von den 169 Erstmalsaufgenommenen 19 Patienten, von den 171 Wiederaufgenommenen 41.

3.2.7. Herkunftskreis

Das Einzugsgebiet der LKN umfaßt die Landkreise Calw, Böblingen, Enzkreis und die Stadt Pforzheim.

Aus dem Kreis Calw kamen: insgesamt 21.6% (n=99)
(EZ: 126 000)
EA 24,4%
WA 22,8%
WA-I 14,7%

Aus dem Kreis Böblingen kamen: insgesamt 29.8% (n=137)
(EZ: 308 000)
EA 31,4%
WA 30,9%
WA-I 29,4%

Aus der Stadt Pforzheim kamen: insgesamt 24% (n=110)
(EZ: 100 000)
EA 22,5%
WA 22,8,%
WA-I 25,5%

Aus dem Enzkreis kamen: insgesamt 19% (n=89)
(EZ: 165 000)
EA 15,4%
WA 21,9%
WA-I 21,6%

Von außerhalb des Einzugsgebietes kamen 5% (n=23)
Daraus lassen sich Halbjahres-Inzidenzen errechnen:

Für Kreis Calw : 0,78 °/oo
Für Kreis Böblingen: 0,44 °/oo
Für Enzkreis : 0,53 °/oo
Für Stadt Pforzheim: 1,1 °/oo

3.1.3. Daten zur Klinikbetreuung

3.1.3.1. Verweildauer in der Klinik

Die bisherigen Ergebnisse lassen erkennen, daß sich Erstmalsaufgenommene und Wiederaufgenommene vielerlei Hinsicht unterscheiden. Im Folgenden wird auf die aktuelle Verweildauer in der Klinik eingegangen. Unterteilt man die Verweildauer in unter 2 Monate und über 2 Monate, so sind die EA-Patienten signifikant kürzer da als die Wiederaufgenommenen (α = 0,05). Beinahe die Hälfte der WA-I Patienten wird länger als 2 Monate in der Klinik behandelt, jedoch nur 13,5% länger als 3 Monate. (siehe auch Abschnitt 4).

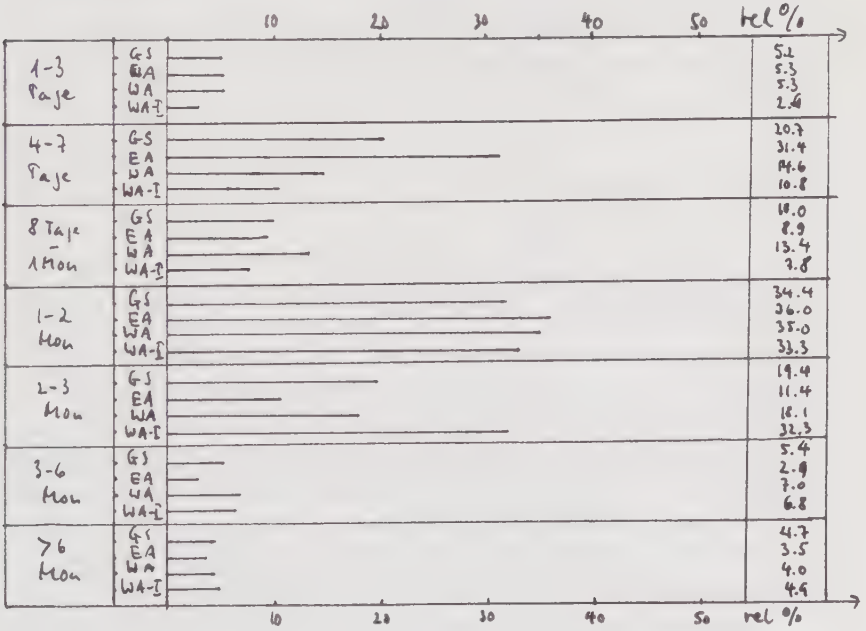


Abb.10: Verweildauer in der LKN: Gesamtstichprobe (GS), Erstmalsaufgenommene (EA), Wiederaufgenommene (WA), Wiederaufgenommene mit großem Wiederaufnahmeintervall (WA-I). (Relative Häufigkeiten)

Unter den Erstmalsaufgenommenen haben die Patienten mit affektiver Psychose die durchschnittlich längste Verweildauer. 78% (n=10) bleiben länger als einen Monat. Von den Erstmalsaufgenommenen Schizophrenen sind 70% (n= 26) länger als einen Monat da, gefolgt von den Neurotikern 67% (n=21).

Ausgesprochene Kurzverweiler sind die Patienten mit neurotischer Reaktion: 70% (n=25) unter einem Monat Verweildauer. Die Suchtkranken nehmen eine Mittelstellung ein: die eine Hälfte bleibt unter einem Monat, die andere Hälfte über einen Monat in der Klinik.

Wiederaufgenommene Schizophrene bleiben im Schnitt länger in der Klinik als erstmalsaufgenommene (82% (n=55) gegenüber 70% länger als einen Monat.

Die Patienten, die länger als ein Jahr in der Klinik bleiben, waren ausschließlich Psychose-Patienten (5 Schizophrene und 3 affektive Psychosen).

3.3.2. Einweisende Stelle.

Durchschnittlich 35,7% (n=164) aller Patienten werden von ihrem Hausarzt in die Klinik eingewiesen, ohne daß die Stichproben signifikant von diesem Wert sich unterscheiden. Vom Nervenarzt werden jedoch WA-I Patienten signifikant häufiger eingewiesen: 25.5% (n=26) gegenüber 13,6% (n=23) der EA und 17,7% (n=30) der WA.

Aus dem Allgemeinkrankenhaus kommen hauptsächlich die Erstmalsaufgenommenen: 25,4% (n=43) gegenüber 18.6% (n=30) der WA und WA-I (n=19)-Patienten.

Über die Ambulanz der LKN kommen die Wiederaufnahmen häufiger als die EA Patienten: 16,4% gegenüber 9,4%.

Durch die Behörde (vermutlich Gesundheitsamt) werden 7% (n=12) der EA, 6% (n=10) der WA und nur 2,9% (n=3) der WA-I Patienten in die Klinik eingewiesen.

3.3.3. Anzahl der Klinikaufenthalte der wiederaufgenommenen Patienten.

169 Patienten waren einmal in einer psychiatrischen Institution zur stationären Behandlung. Sie bilden bekannt-

lich unsere Erstmalsaufgenommenen (EA)-Stichprobe. Folgende Tabelle soll zeigen,wieviele Aufenthalte die wiederaufgenommenen Patienten hinter sich hatten. Die Aufenthalte in anderen Landeskrankenhäusern werden mitgezählt.

Abb.11: Erläuterungen siehe Text.

Anzahl der Aufnahmen	WA n = 171	WA-I n = 102
2	13	37
3	43	27
4	24	15
5	23	6
6	14	6
7	9	5
8	9	0
9	9	2
10	4	0
11	3	1
12	1	0
13	3	0
14	1	0
15	3	1
7 15	7	2
unbek.	insges. 17	

3.3.4. Rücküberweisung -- Weiterbehandlung.

Im Folgenden interessiert uns, wem durch Zusendung des Entlassungsberichtes formal die weitere Betreuung des Patienten übertragen wird. Diese Daten geben keinen Aufschluß über Qualität und Ausmaß der ambulanten Weiterbehandlung. Im Rahmen dieses Untersuchungsdesigns stellen sie die einzige Möglichkeit dar, wenigstens einen Aspekt dessen, was mit dem Patienten nach dem stationären Aufenthalt geschieht, zu quantifizieren.

Dem Allgemeinarzt wurde in 43% der Fälle (n=195) die Weiterbehandlung übertragen, dem Nervenarzt in 23% (n=106) der Fälle. Die LKN-Ambulanz übernahm in 4% (n=20) der Fälle die Nachbehandlung. 3,4% der Patienten wurden von einem Heim oder einer RÜHA-Einrichtung übernommen. Bei den restlichen Fällen übernahm ein Allgemeinkrankenhaus oder ein sonstiger Facharzt die Nachbetreuung.

Bei den Wiederaufgenommenen war es signifikant häufiger der Nervenarzt, der die Patienten zur Nachbetreuung übernahm. (α =0,001).

Die Patienten ohne Weiterbehandlung, bei denen also kein Arztbrief verschickt wurde entstammen hauptsächlich der EA-Gruppe.

Eine psychosoziale Nachbetreuung in nichtmedizinischen Einrichtungen wurde bei 15,4% (n=71) aller Patienten eingeleitet und zwar signifikant häufiger bei den Wiederaufgenommenen (α =0,05).

4. Interpretation und Diskussion.

4.1.1. Besondere Bedingungen der LKN und deren Auswirkungen auf die Untersuchungsergebnisse.

Bevor eine genauere Analyse der Untersuchungsergebnisse vorgenommen wird, soll zunächst die Vergleichbarkeit des hier untersuchten Patientenkollektivs mit Patienten anderer Landeskrankenhäuser erörtert werden. Dies scheint besonders

notwendig, um zu klären, ob die hier gewonnenen Ergebnisse auf andere Landeskrankenhäuser übertragbar sind, ob Diagnoseverteilungen, Hospitalisierungsdauer und andere Grunddaten der Betreuung der Patienten in der LKN sich nach dreijährigem Bestehen der Klinik schon üblichen "Anstaltsnivaeu" angeglichen haben.

Vergleichbare Grunddaten im stationär psychiatrischen Behandlungsbereich, wie Diagnoseverteilungen, Anteil erstmals-aufgenommener zu wiederaufgenommenen Patienten, Rehospitalisierungsfrequenz und Hospitalisierungsdauer finden sich besonders im Bericht über die Lage der Psychiatrie .....(11), aber auch in einigen epidemiologisch sozialpsychiatrischen Untersuchungen (22, 20, 15) sowie zum Beispiel in den Jahres-berichten anderer Baden-Württembergischer Landeskrankenhäuser.

Die Diagnoseverteilungen, wie sie im Teil 3.1. für die LKN geschildert wurde, wird in Abbildung 12 mit der von Dilling und Weyerer (15) 1976 im Bezirkskrankenhaus Gabersee, Bayern, gefundenen Verteilung verglichen, dabei handelt es sich, wie in dieser Untersuchung, um die Diagnoseverteilung aller Aufnahmen über einen halbjährigen Erhebungszeitraum hinweg. Die Erhebungskriterien entsprechen also genau den unsrigen. Dies ist deshalb erwähnenswert, weil sich Untersuchungen zur Diagnoseverteilung normalerweise am Stichtagsbestand orientieren (z. B. 11), und deshalb zu einem direkten Vergleich mit unseren Daten ungeeignet sind.

Das Bezirkskrankenhaus Gabersee ist mit 1 175 Betten bei einem Einzugsgebiet von ca. 890 000 Einwohnern größer als die LKN. Die ökologischen Merkmale des Einzugsgebietes sind jedoch denen der LKN vergleichbar: eher ländlich kleinstädtisch, mit einzelnen industriellen Zentren. Durch die größere Gesamtfläche des bayrischen Einzugsgebietes, dürften die durchschnittliche Entfernung zur Klinik für die dortigen Patienten aber im Schnitt höher sein.

DIAGNOSE	LKN	GABERSEE
SCHIZOPHRENIE	34%	20%
AFFEKTIVE PSYCHOSE	13,5%	22%
HIRNORGAN. DEFEKTZUSTAND, SCHWACHSINN	4,0%	5,0%
NEUROSE, NEUROT. REAKTION	25%	14%
SUCHTEN	19%	19%
(prä) senile DEMENZ	—	8%
andere organ. psychiat. ERKRANKUNGEN	2%	7%

Abb.12: Vergleich der Diagnoseverteilungen aller Aufnahmen in der LKN und im Bezirkskrankenhaus Gabersee.

Da wir in unserer Erhebung die psychogeriatrischen Stationen nicht mit aufgenommen haben, Fehlen typische gerontopsychiatrische Diagnosen, wie zum Beispiel (prä)senile Demenz in unserer Verteilung im Gegensatz zur Vergleichsuntersuchung in Gabersee völlig. Dies muß beim Vergleich der Zahl in Betracht gezogen werden.

Außerdem wird die Aufnahmehäufigkeit der einzelnen Diagnosen durch die Hospitalisierungspraxis beeinflußt: gemeint ist das Verhältnis von Erstaufnahmen zu Wiederaufnahmen. Die Wiederaufnahmehäufigkeit ist beispielsweise bei schizophrenen Patienten besonders hoch: 1970 kamen in den baden-württembergischen PLK's auf einen erstmals-aufgenommenen Schizophrenen 4,53 wiederaufgenommene Schizophrene (39). In unserer Untersuchung war dieses Verhältnis bei den Schizophrenen 1 zu 3,21, im Bezirkskrankenhaus Gabersee 1 zu 2,1. in Abbildung 13 wird das Erstaufnahme-Wiederaufnahmeverhältnis

der LKN dem in der Literatur gefundenen Vergleichszahlen gegenübergestellt.

	Erstaufnahmen	Wiederaufnahmen	Verh.
Bezirkskrankenh. [1] Gabersee 1971	69,5%	30,5%	1:0,43
Fachkrankenhäuser [3] Psychiatrie in BRD	53,3%	46,7%	1:0,87
PLK Süd Schussenried [2]	48%	52 %	1:1,08
PLK Weinsberg [2]	46%	54 %	1:1.17
PLK Emmendingen [2]	38%	62 %	1:1,6
LKN	36,8%	63,2%	1:1,71
Psychiatrische [3] Universitätskliniken	29,4%	70,6%	1:2,4

Abb.13: Verhältnis Erstaufnahmen-Wiederaufnahmen in verschiedenen stationär-psychiatrischen Institutionen.

1) Quelle:(15) 2) Quelle:(39) 3) Quelle:(11)

Die Sachverständigenkommission schreibt zu den besonders hohen Anteil der Wiederaufnahmen in psychiatrischen Universitätskliniken: "Durch die Polikliniken sind sie befähigt, Patienten relativ früh aus stationärer Behandlung zu entlassen und ambulant weiterzubetreuen; dabei sind sie jederzeit in der Lage, gegebenenfalls eine erneute kurzfristige stationäre Behandlung in die Wege zu leiten." Für den ähnlich hohen Wiederaufnahmeanteil in der LKN trifft dies nur bedingt zu. Zwar besteht in der LKN ebenfalls eine poliklinikartige Ambulanz. Wie sich jedoch in dieser Untersuchung herausstellte wurden nur 7% der Fälle in dieser Ambulanz weiterbetreut. Außerdem dürfte es sich bei diesen Wiederaufnahmen nicht um "erneute, kurzfristige, stationäre Behandlungen" handeln. Die Wiederaufgenommenen zeichnen sich zumindest in der LKN durch eine durchschnittlich längere Verweildauer aus als

die Erstaufnahmen (siehe 3.3.1.).

Somit ist die unterschiedliche Hospitalisierungspraxis nicht nur auf verschiedene ambulante Nachsorgeangebote zurückzuführen, sondern auch auf eine von Haus zu Haus unterschiedliche Einstellung zum Problem der psychiatrischen Langzeitpatienten. Je stärker eine Institution -aus welchen Gründen auch immer- auf die Verhinderung von Langzeitaufenthalten bedacht ist, um so höher ist die Wiederaufnahmerate.

Ein weiteres Charakteristikum der Hospitalisierungspraxis ist die Verweildauer der Patienten in der Klinik. Aus der LKN wurden 26% der Patienten nach einer Woche, 36% nach insgesamt einem Monat und 70% nach zwei Monaten wieder entlassen. Zum Vergleich die Patienten-Verweildauer auf einer Aufnahmestation am Rheinischen Landeskrankenhaus Düren (38): 30% der Patienten wurden binnen einer Woche und 48% binnen einem Monat nach Hause entlassen. Die Tendenz zur kurzen Verweildauer ist überall zu beobachten: Verweildauer bei 25% bis zwei Wochen (Philippsen et all., 43), bei 64% bis einem Monat (Riedell, (48)).

Dies ist noch nicht lange so. In den von der Sachverständigenkommission 1973 untersuchten Landeskrankenhäuser waren nur 21% der Patienten kürzer als drei Monate in stationärer Behandlung, bei einer durchschnittlichen Verweildauer zwischen 87,8 und 230,2 Tagen je nach Bettenzahl des jeweiligen Landeskrankenhauses (11). In der LKN lag sie übrigens 1977 bei 38,5 Tagen (35).

Zusammenfassend unterscheidet sich die LKN von anderen PLK's hinsichtlich ihrer Hospitalisierungspraxis besonders durch ihren hohen Anteil an Wiederaufnahmen. Dieser Anteil ist nur an psychiatrischen Universitätsklinik höher. Der Unterschied ist nicht durch ein besonders ausgewähltes Krankengut und nur bedingt durch ein von anderen PLK's sich unterscheidendes Nachsorgesystem verursacht, wie man es für die psychiatrischen Universitätskliniken annehmen muß. Durch diese hohe Wiederaufnahmerate ist der Anteil Schizophrener

an allen Aufnahmen deutlich höher als zum Beispiel im Bezirkskrankenhaus Gabersee. Dagegen ist aber der Anteil von Suchtpatienten, hirnorganisch Kranken und Schwachsinnigen fast gleich hoch wie dort. Schließlich scheint die Attratktivität der LKN für Neurosepatienten besonders hoch zu sein im Vergleich zu schon länger bestehenden PLK's.

Hand in Hand mit einer hohen Wiederaufnahmerate gehen eine vergleichsweise kurze Verweildauer und eine geringe Anzahl von Langzeitpatienten. Noch 1973 hatten fast die Hälfte (43%) aller PLK-Patienten eine Verweildauer von mehr als fünf Jahren (11). Wir nehmen deshalb an, daß noch einige chronische Patienten des Einzugsgebietes der LKN in anderen PLK's untergebracht sind. Die hier erhobene stationäre Behandlungsinzidenz entspricht somit vermutlich nicht ganz der im Einzugsgebiet real existierenden Behandlungsbedürftigkeit.

Die stationäre Behandlungsinzidenz läßt sich übrigens leicht aus der Anzahl erstmals stationär behandelter Patienten berechnen. Um unsere Daten mit Untersuchungsergebnisse beispielsweise aus Fallregistern vergleichen zu können, die sich auf ein ganzes Jahr beziehen, muß eine Hochrechnung unserer Halbjahresziffern erfolgen. Dies geschieht durch Verdoppelung, einem methodisch zulässigem Verfahren (15, 58). Die stationäre Behandlungsinzidenz bezogen auf ein Jahr liegt dann bei zu Grundlegung eines Einzugsgebietes von gerundet 700 000 Einwohnern bei 0,45 °/oo.

Wegen dieser Besonderheiten dürfen unsere Ergebnisse nicht unkritisch auf schon länger bestehende PLK's verallgemeinert werden.

4.1.2. Vorbemerkungen zur Interpretation der Ergebnisse.

In dieser Arbeit werden vor allem quantitative Aspekte der Betreuung psychiatrischer Patienten in einem PLK dargestellt. Besonderes Interesse gilt einer Reihe von klinischen Patientenmerkmalen, soziographischen und ökologischen Basisdaten, sowie formalen Aspekten der Hospitalisierungspraxis.

Qualitative Aspekte der Therapie und Betreuung treten aufgrund des Untersuchungsdesigns dagegen in den Hintergrund. Ebenso lassen sich -bedingt durch den Querschnittscharakter der Untersuchung- keine Aussagen über den Krankheitsverlauf einzelner Patienten machen. Die typischen Verlaufsmerkmale einiger psychiatrischer Krankheitsbilder schlagen sich jedoch in unseren Daten deutlich nieder:

Im Vergleich von Wiederaufnahmen mit Erstmalsaufnahmen wird deutlich, welche überdauernden klinischen und sozialen Patientenmerkmale besonders häufig zur Wiederaufnahme führen und damit für den Verlauf der Krankheit bestimmend werden.

Die rein deskriptiv statistische Verarbeitung des Datenmaterials und die Beschränkung auf die Beschreibung statistisch sicherer Unterschiede zwischen den Stichproben lassen formal logisch Aussagen über Wechselwirkungen oder gar Kausalzusammenhänge zwischen den Merkmalsvariablen nicht zu. Der Verzicht auf differenzierte induktive statistische Methoden wird so mit dem Preis bezahlt, nur unsichere Mutmaßungen und Plausibilitätserklärungen treffen zu können.

4.2. Die Verteilung der Diagnosen:

4.2.1. Neurosen

Die grobe Unterteilung der Patienten in "Psychotiker" und "Neurotiker" ergab, daß die Gruppe der Erstmalsaufgenommenen einen relativ höheren Anteil von Neurotikern aufweist als die Wiederaufgenommenengruppe, wobei auch -absolut gesehen- die Neurosen bei den Erstaufgenommenen gegenüber den Psychosekranken in der Überzahl sind. Bei den Wiederaufgenommenen sind die Verhältnisse umgekehrt. Sieht man einmal davon ab, daß sich einige der bei Erstaufnahme als Neurose diagnostizierten Patienten bei Wiederaufnahme als Psychosen herausstellen, könnte man daraus entnehmen: Psychosepatienten haben ein hohes Wiederaufnahmerisiko, Neurosepatienten ein niedrigeres. Darauf undifferenziert auf eine günstigere Verlaufsprognose aller Neurosen zu schließen, wäre jedoch falsch: immerhin die Hälfte aller aufgenommenen Neurotiker

sind Wiederaufgenommene. Da man leicht in Versuchung gerät, Psychosepatienten -etwa Schizophrene oder endogen depressive Patienten- wegen deren oft dramatischerer Symptomatik, als die gegenüber Neurotikern schwerer Erkrankten einzustufen, überrascht die hohe Quote an wiederaufnahmebedürftigen chronischen Neurosepatienten.

Auch unter den Patienten mit der Diagnose " Neurotische Reaktion" sind ein Drittel Wiederaufnahmen. Diese Diagnose wurde zum einen bei Patienten mit Suizidversuch oder anderer abnormer Erlebnisreaktion ("Aktualneurose") gestellt (Siehe auch 3.1.10.), zum anderen aber auch im Falle einer akuten Dekompensation einer neurotischen Persönlichkeit ("Kernneurose"). So erklärt sich auch, daß bei den wiederaufgenommenen Neurosepatienten der Aufnahmeanlaß "Suizidrohung" seltener, "Leidensdruck" dagegen häufiger wird. Die formale diagnostische Unterteilung in "Neurose" und "neurotische Reaktion" ist damit nur unter Einschränkungen gerechtfertigt. Deshalb sprechen wir im folgenden in beiden Fällen von Neurosepatienten.

Trotz der Bedeutung der Neurosepatienten im Landeskrankenhaus gibt es zu deren Betreuung auf Akutstationen im deutschen Sprachraum kaum wissenschaftliche Darstellungen. In dem kürzlich veröffentlichten Bericht über die Therapie auf einer Aufnahmestation des PLK Düren (38) wird unter anderem speziell auf diese Zielgruppe eingegangen. Nach den dort gemachten Erfahrungen kann nur eine Minderheit der Neurosepatienten den Klinikaufenthalt "produktiv nutzen". Vieler dieser Patienten waren nicht bereit, die psychiatrische Klinik als Hilfsangebot zu betrachten. Eine Behandlung ihrer Grundstörung war im Krankenhaus nicht möglich (38). Daraus läßt sich schließen, daß die Mehrzahl dieser Patienten unter bestimmten Umständen zum Rezidiv, d. h. zur Wiederaufnahme neigen.

Die Analyse unserer Daten kann diese Erfahrung gut belegen: Rund die Hälfte der Neurosepatienten kommt allein wegen Suiziddrohungen - Versuch zur Aufnahme. Sie haben bisher

die Lösung ihres Konfliktes gerade nicht in einer psychiatrischen Behandlung gesehen. Eine Akzeptierung des therapeutischen Angebots fällt ihnen oft besonders schwer. Entsprechend ist die Entlassungsbeurteilung verglichen mit anderen Diagnosegruppen am schlechtesten (3.1.13), und zwar besonders bei den wiederaufgenommenen Neurotikern. Je häufiger also ein Patient mit neurotischer Entwicklung zur Aufnahme kommt, umso weniger ist ihm offenbar unter dem bestehenden Behandlungsbedingungen im Landeskrankenhaus geholfen worden.

Folgende für Neurosepatienten besonders ungünstige Bedingungen im Landeskrankenhaus sollen angesprochen werden:

- Ungünstige Personalschlüssel (Anzahl Ärzte und Pflegekräfte pro Patient) und mangelnde Fachausbildung erschweren im engeren Sinn psychotherapeutische Betreuung. Dies scheint besonders abträglich, da neurotische Störungen nicht nur die klinische Indikationsstellung für Psychotherapie bilden, sondern eine psychotherapeutische Behandlung die Therapie der Wahl wäre. Obwohl der Mangel an intensiver psychotherapeutischer Betreuung im Prinzip alle psychiatrische Patienten betrifft, wirkt er sich daher bei Neurosepatienten am gravierensten aus.

- Ein starkes Engagement des Behandlungspersonals kompensiert diesen Mangel nur teilweise, wird es doch häufig von Patienten mit besonders auffälliger psychopathologischer Symptomatik vollständig absorbiert.

- Die "Atmosphäre" auf Aufnahmestationen im PLK, die abgeschiedene Lage (zum Beispiel der LKN) bieten ungünstige Voraussetzungen, Neurosepatienten ein soziales Lernen zu ermöglichen. Hospitalisierungssymptome und "Krankenkarrieren" werden dadurch eher gefördert als verhindert.

- Das soziale Umfeld (Angehörige, Freunde, Bezugsperson, Arbeitskollegen) der Patienten kann nicht genügend beachtet werden. Es wäre besonders ein extramural tätiger Sozialdienst notwendig, der im Bedarfsfall bei der ersten

Aufnahme das soziale Umfeld des neurotisch gestörten Patienten abklärt und, wenn auch nicht psychotherapeutisch, so wenigstens beratend und sozialtherapeutisch beeinflussen könnte.

Ambulante Weiterbehandlung durch das PLK ist besonders für klinikfern wohnende Patienten nicht möglich. Die Forderung nach Behandlungskontinuität (1) über den Klinikaufenthalt hinaus, ist nicht einlösbar. Neurosepatienten, die sich gegen die Hospitalisierungs wehren, kann so kein wirklich alternatives Angebot gemacht werden, denn auch die Dichte niedergelassener Nervenärzte und anderer psychosozialer Betreuungsdienste ist besonders in ländlichen Gebieten vollkommen unzureichend (11, siehe oben) und selbst dort, wo die Dichte der niedergelassenen Nervenärzte höher ist, besteht ein Versorgungsproblem der Neurosepatienten. Zwar bilden sie das anteilmäßig größte psychiatrische Klientel der niedergelassenen Nervenärzte (9, 10). Jedoch ist dieses Klientel ein nach sozialer Schicht (15) und auch nach anderen Kriterien (zum Beispiel Schwere der Erkrankung) selektiertes Klientel. Es entspricht also -im Groben gesehen- nicht den Patienten mit neurotischer Störung, die im PLK stationär behandlungsbedürftig sind oder waren. So weist die hohe Wiederaufnahmerate der Patienten mit neurotischer Störung daraufhin, daß die Mehrzahl im PLK "fehlplaziert" ist. Zwar stellt die Herausnahme aus einem konfliktbeladenen Umfeld eine in vielen Fällen wichtige therapeutische Maßnahme zur Entlastung der Patienten dar. Als alleinige therapeutische Maßnahme ist sie jedoch in vielen Fällen nicht ausreichend.
Unter Berücksichtigung dieser besonderen Bedingungen der LKN wird deshalb die Einrichtung einer Spezialstation für Neurosepatienten erwogen, die den speziellen Bedürfnissen dieser Patienten besser gerecht werden soll.
Solange ambulante, gemeindenahe Therapiemöglichkeiten im Einzugsgebiet der LKN fast völlig fehlen, scheint dies eine momentan realitätsgerechte Forderung zu sein. Als weitergehendes, langfristiges Ziel sollte aber die überwiegend

ambulante Therapie von Neurosepatienten angestrebt werden.

4.2.2. Psychosen

Im Gegensatz zum Informationsmangel über chronisch rehospitalisierungsbedürftige Neurosen, ist zum Krankheitsverlauf der Psychosen, insbesondere der Schizophrenie, wesentlich mehr bekannt. Welche zentrale Rolle die wiederaufgenommenen Schizophrenen im PLK spielen sei an unseren Zahlen verdeutlicht: 37 erstaufgenommene Schizophrene stehen 112 Wiederaufgenommene gegenüber. Diese 112 wiederaufgenommenen Schizophrenen bilden ca. 40% aller Wiederaufgenommenen. Kraepelin (34) rechnete am Ende des letzten Jahrhunderts damit, daß etwa 30 bis 40% der in Anstalten behandelten Psychosen voll remittieren. Die Mehrzahl der Verläufe dagegen enden in "Heilung mit Defekt", in Unheilbarkeit oder Tod. Am Anteil dauergeheilter Verläufe hat sich bis heute nichts geändert, doch scheint die Prognose der schizophrenen Psychose gegenüber früher besser geworden zu sein (33). Bleuler (2) fand in groß angelegten Verlaufsstudien bei ein Viertel aller schizophrenen Psychose Dauerheilung. Unter Einschluß von Minimalresiduen liegt dieser Anteil sogar bei ca. einem Drittel aller Fälle. Rezedivierende Verläufe, wobei jede einzelne psychotische Phase in Heilung endet, kommen in 22% der Fälle vor. Rückläufig war nach Meinung des Autors in den letzten Jahrzehnten der Anteil der "Katastrophen-Schizophrenien". Damit meint er: akuter Beginn der Krankheit mit Übergang in schwerste chronische Psychose ohne Remission. Die restlichen Fälle müssen zwischen den Polen Vollremission und schwerstem chronischen Verlauf eingeordnet werden. Sie bilden die Gruppe der intermittierend hospitalisierungsbedürftigen Psychosen, d. h. den Großteil des Wiederaufnahmeklientels. Welche Faktoren im einzelnen zum Rückfall und damit zur Hospitalisierung Schizophrener führen, wurde in den letzten Jahrzehnten von verschiedensten Seiten her untersucht. Aus drei relevanten Forschungsbereichen sollen einige Untersuchungsergebnisse zu diesem Problem genannt werden:

1. Aus der psychiatrischen Praxis ist die besondere Sensitivität schizophrener Patienten gegenüber ihrem sozialen Umfeld bekannt: (6, 5, 37, 3)

- Emotionale Verstrickungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen zu den Bezugspersonen können zum Rückfall führen, wenn in diesen Beziehungen ein Mindestmaß an Rückzug für den Schizophrenen nicht vorhanden ist.

- Ebenso führen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, die durch das gestörte Verhalten des Schizophrenen entstehen, zu erhöhtem Rückfallrisiko.

- In den Wochen vor dem Rückfall sind es nicht, oder nur wenig, kontrollierbare Lebensereignisse, die zur erneuten Dekompensation des Patenten führen. (Mangelnde und ineffiziente Verhaltensstrategie angesichts unkontrollierbarer Lebensereignisse fanden sich übrigens auch bei Depressiven (50)).

- In einer prognostischen Studie (45) zum Wiederaufnahmerisiko von psychiatrischen Patienten wurden über Fragebogen biographische Daten erhoben. Rückfälle und Wiederaufnahmen treten besonders bei Patienten mit Mangel an "Social skills" auf. Diese Patienten kommen beispielsweise mit ihren Familien und Bezugspersonen schlechter zurecht, haben Schwierigkeiten bei der Berufswahl oder können ihren Arbeitsplatz schlecht halten.

Hieraus ergeben sich eine Reihe von Möglichkeiten zu gezielten sozialtherapeutischen Interventionen: Aufklärung und Beratung der nahen Bezugsperson des Patienten, gezielte längerfristige Betreuung von Risikofamilien, Berufs- und Arbeitsplatzberatung und Stützung am Arbeitsplatz. Dazu wäre jedoch ein erheblicher Ausbau, beziehungsweise der Neuaufbau ambulanter mobiler sozialtherapeutischer Dienste notwendig.

2. Nach den heute vorliegenden Untersuchungen können schizophrene Patienten in erheblichen Umfang durch neuroleptische Dauermedikation vor Rückfällen geschützt werden (zum Beispiel 36, 24). Unter anderem bleibt die Frage jedoch noch immer ungeklärt, welche Patienten trotzdem einen Rückfall bekommen, und welche andererseits auch unter Placebogabe (26) rückfallfrei bleiben.

Zur Indikationsfrage und zur Handhabung der neuroleptischen Dauerbehandlung in der LKN wird unten noch einmal Stellung genommen.

3. Schließlich ist die soziale und berufliche Rehabilitationsfähigkeit schizophrener Patienten von zentraler Bedeutung für das Rückfallrisiko. Zu Beginn der 60-ziger Jahre berichteten Wing und Mitarbeiter (56, 57) über die berufliche Wiedereingliederungsfähigkeit von schizophrenen Patienten in sogenannten "Industrial Rehabilitation units" und beschützenden Arbeitsplätzen. Inzwischen haben sich diese Ein richtungen in England weitgehend bewährt und durchgesetzt. Im deutschsprachigen Raum wurde dieses Problem bis vor kurzem völlig vernachlässigt.

   Ciompi und Mitarbeiter (7) untersuchten in einem "Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychischer Kranker" die Bedingungen der Wiedereingliederung in Berufs- und Arbeitswelt, und in Familie und soziales Umfeld. Sie machten die Erfahrunger daß der Rehabilitationserfolg bei chronisch psychiatrischen Patienten kaum von der Krankheit selber (Diagnose, Psychopathologie) oder von allgemein Variablen wie Geschlecht und Alter abhängt, sondern hauptsächlich von einer Reihe sozialer Faktoren. Dazu zählen sie etwa die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen im Arbeitsbereich, die tatsächliche Länge der beruflichen Ausgliederung durch die Krankheit, sowie
-im engeren sozialen Umfeld- familiäre Erwartungshaltungen und die allgemeine Zukunftsperspektive des Patienten.

Daß selbst nach jahrelanger Hospitalisierung eine Resozialisation und berufliche Wiedereingliederung möglich ist, darauf weisen eine Anzahl anderer Untersuchungen hin (44, 46, 25). Sie beziehen sich jedoch nicht auf die Rehabilitationsmaßnahmen im PLK sondern auf die Arbeit in den speziellen Einrichtungen der Nachsorgebetreuung, wie Rehabilitationsheime, Tageskliniken oder ambulante sozialpsychiatrische Betreuungsdienste.

Auch auf diesem Gebiet der Nachsorge stehen wünschenswerter Bedarf und wirkliches Angebot in krassem Mißverhältnis. Allzusehr wird immer noch den Landeskrankenhäusern die Aufgabe der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung überlassen, Institutionen also, an die noch immer oft gerade die entgegengesetzte Erwartung herangetragen wird, nämlich auszugliedern.

Im Rahmen einer vollständigen Wiedereingliederung setzt sich auch immer mehr der Gedanke einer "Gesundheitsschulung" der Psychosepatienten durch. Klare Anweisungen, wie sie etwa dem Diabetiker zum Umgang mit seiner Krankheit gemacht werden, sollen dem chronischen Psychosepatienten das Leben außerhalb der Klinik und die Wiedereingliederung erleichtern und den Rückfall verhüten.

4.2.3. Suchtpatienten

Eine weitere große Diagnosegruppe bilden die Suchtpatienten. Auch hier ist die Wiederaufnahmehäufigkeit hoch:
Auf einen erstmals aufgenommenen Suchtpatienten kommen 1,4 wiederaufgenommene. Das stationäre Therapieangebot außerhalb psychiatrischer Landeskrankenhäuser ist für Suchtpatienten jedoch groß, so daß eine wesentlich höhere stationäre Wiederaufnahmerate angenommen werden muß. Im Vergleich zu Fachkliniken für Suchtbehandlung sind die Therapieerfolge in den Landeskrankenhäusern miserabel (47). Das liegt zum einen an der negativen Patientenselektion (wenig "therapiemotivierte" Patienten) zum anderen an der wesentlich ungünstigen Personallage der Landeskrankenhäuser.

Unsere Suchtpatienten lassen sich folgendermaßen charakterisieren: Bei beinahe der Hälfte ist der Aufnahmeanlaß ein Suizidversuch/drohung. Die meisten der Patienten kommen nicht aus eigenem Antrieb zur stationären Therapie. Das Geschlechterverhältnis ist in etwa ausgeglichen. Der Therapieerfolg wird bei den Suchtkranken von allen Diagnosegruppen am schlechtesten beurteilt. Wiederaufgenommene Suchtpatienten sin d doppelt so häufig geschieden und leben häufiger alleine als erstmals Aufgenommene. Suchtkranke machen also einen ähnlichen sozialen Rückzug durch wie schizophrene Patienten. Sehr viele (21%) der chronischen Suchtpatienten sind arbeitslos gemeldet.

4.2.4. Andere Diagnosen

Zu den anteilmäßig kleineren Diagnosegruppen gehören die affektiven Psychosen. Diese Gruppe besteht zu 90% aus Frauen. Auch hier sind Wiederaufnahmen häufiger als Erstaufnahmen, insbesondere aber die Wiederaufnahmen mit großem Wiederaufnahmeintervall. Die Patienten, deren Krankheit also größere hospitalisierungsfreie Intervalle aufweist, haben -wie erwartet- auch die beste Entlassungsbeurteilung. Nur eine Minderzahl wurde mit Lithium prophylaktisch behandelt (siehe 3.1.16). Die Gründe für den seltenen Einsatz von Lithium sind nicht eindeutig eruierbar. Wir vermuten, daß die mangelhaften Überwachungsmethoden im poststationären, ambulanten Bereich, eine Dauermedikation als zu gefährlich erscheinen lassen.

Akute exogene Psychosen: Patienten mit organischen Hirnstörungen werden eher in Allgemeinkrankenhaus oder in neurologischen Abteilungen behandelt. Sie spielen in Landeskrankenhäusern eine untergeordnete Rolle.

Schwachsinnige Patienten finden sich trotz der progklamierten Trennung von Geisteskranken und geistig Behinderten im letzten Jahrhundert (17) in älteren Landeskrankenhäusern noch in großer Anzahl (11). In die LKN wurden während unserer Erhebung nur 18 Patienten unter dieser Diagnose aufgenommen.

Insbesondere in Baden-Württemberg macht der "Boom" an neu-entstandenen Heimen und beschützenden Werkstätten für diese Patientengruppe in den letzten zwei Jahrzehnten die Einweisung ins PLK nicht mehr so notwendig wie früher.
Vier Patienten wurden als Soziopathen eingestuft. Es sind vermutlich Nicht-Seßhafte, denen eine krankenkassenrelevante Diagnose gegeben werden mußte.

4.3. Die Unterscheidung in WA und WA-I Patienten.

Wie sich anhand der bereits berichteten Unterschiede gezeigt hat, ist eine Unterscheidung von WA-Patienten nach der Länge ihres nicht hospitalisierten Intervalls gerechtfertigt. Selbstverständlich bedeutet Nichthospitalisierung im Falle der Patienten mit großem zeitlichen Intervall zwischen den Klinikaufenthalten (WA-I), nicht in jedem Fall Symptomlosigkeit, aber doch vermutlich Konsolidierung der Befindlichkeit, die ein Leben außerhalb des Krankenhauses gestattet. Im Fall der WA-Patienten folgt eine stationäre Aufnahme der anderen, ohne daß es zu einer solchen Konsolidierung kommt. Aus der Sicht der Klinik entsprechen sie den früheren Langzeitpatienten mit mehr oder weniger kurzem Aufenthalt zu Hause. Belegstatistiken von PLK's (z. B. (35) oder 3.3.1), in denen Verweildauern über 6 Monate praktisch nicht mehr vorkommen, dürfen daher nicht unkritisch im Sinne einer Verminderung der Zahl der Langzeitpatienten interpretiert werden.

Unser Anliegen in der Differenzierung von erstmals aufgenommenen WA und WA-I Patienten liegt darin, Handlungsanweisungen für eine differenzierte Betreuung dieser unterschiedlichen Gruppen zu finden.

4.4. Aufnahmeanlaß

Wenig Interesse wurde bisher der unmittelbaren Ursache geschenkt, die zur stationären Aufnahme geführt hat. Zwar läßt sich aus der Einweisungsdiagnose erfahrungsgemäß der Aufnahmeanlaß vermuten,

bei Schizophrenen zum Beispiel eine floride psychotische Symptomatik, oder bei Kriseninterventionsfällen ein Suizidversuch. Jedoch ist eine genauere Differenzierung therapeutisch wie vermutlich auch prognostisch von ichtigkeit.

Leider konnte aus Gründen des Untersuchungsdesigns die Dauer der Symptomatik, die vor der Einweisung in die Klinik bestand, nicht erhoben werden. Eine Untersuchung an erstmals hospitalisierten Schizophrenen (23) ergab, daß drei Viertel aller Fälle über zwei Wochen vor Klinikaufnahme deutlich krank waren und "mehr als vier Fünftel der erstmals hospitalisierten Schizophrenen nicht ambulant vorbehandelt worden (waren) trotz einer oft monatelangen eindeutigen Symptomatik". (23) Ob dies auch für andere Diagnosegruppen gilt, ist ungewiß. Jedoch läßt sich daraus schließen, daß die ambulant tätigen Institutionen -in den meisten Fällen sind es die Hausärzte, seltener Nervenärzte oder das Gesundheitsamt- die Symptome ihrer Patienten vielleicht nicht sofort erkennen, auf spontane Remission hoffen, auf alle Fälle häufig nicht rasch genug therapeutisch intervenieren, sei es durch eine neuroleptische Behandlung oder aber durch eine Klinikeinweisung.

Die Merkmalsvariable "Aufnahmeanlaß" besteht aus 10 mitunter nicht besonders trennscharfen Items. So müßte das Aufnahmemerkmal "Intoxikation oder akuter Alkoholeinfluß" dem Merkmal "Suiziddrohung/versuch und Aggressivität" subsumiert werden. Ebenso führen "Erregungszustände und Aggressivität" nur durch den dadurch erzeugten "Konflikt im Umfeld" zur Aufnahme. Unter letzterem Merkmal verstehen wir jedoch eher "friedliche" Konflikte, wie zum Beispiel Partnerschaftskonflikte.
In der Rangreihe der Aufnahmeanlässe stehen Selbstmorddrohungen - und Versuche mit 30% an der Spitze. Bei allen Diagnosegruppen war es der relativ häufigste Anlaß, außer bei den Schizophrenen, bei denen an erster Stelle die "floride psychotische Symptomatik" bestand.

Besonders häufig sind Suiziddrohungen/Versuche bei Suchtpatienten. Von manchen Experten (55) auf diesem Gebiet wird jeder Suchtpatient als besonders suizidgefährdet erachtet.

Häufig beginnt die Betreuung von suizidalen Patienten auf der Intensivstation eines Allgemeinkrankenhauses. Trotz vieler Ansätze einer nicht nur medizinisch ausgerichteten Restitution ist eine nahtlose Zusammenarbeit mit psychiatrischen und psychosozialen Betreuungsinstitutionen vielerorts ungenügend. "Fehlplatzierungen", wie sie für Neurosepatienten beschrieben wurde, die ja immerhin zu 50% wegen Suiziddrohung/Versuch aufgenommen werden, sind dann nicht zu vermeiden. Eine Forderung wäre deshalb, daß Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus, so bald sie wieder ansprechbar sind, von psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgebildetem Personal betreut werden, das sie auch ambulant weiterbehandeln kann, und daß nicht alle Suizidanten -wie es so häufig geschieht- vom Allgemeinkrankenhaus an das PLK weitergereicht werden zur "weiteren Abklärung".

Eine "floride psychotische Symptomatik" ist der häufigste Aufnahmeanlaß bei Psychosepatienten, insbesondere bei erstmals aufgenommenen Schizophrenen. Bei wiederaufgenommenen Schizophrenen ist diese Angabe seltener, "Aggressionsdrohung/Aggression" dafür häufiger. Es ist jedoch vorstellbar, daß auch dieses Item eine zu geringe definitorische Trennschärfe besitzt, d. h. aggressives Verhalten auch als floride psychotische Symptomatik hätte kodiert werden können. Leider werden die definitorischen Kriterien zum Merkmal Aufnahmeanlaß in der Göttinger Studie nicht mitgeteilt, so daß ein direkter Vergleich mit unseren Daten nicht möglich ist.

Der Aufnahmeanlaß "Leidensdruck", an dritt häufigster Stelle stehend, beleuchtet sehr eindrücklich das Dilemma der therapeutischen Bemühungen im PLK. Nur ungefähr ein Sechstel aller Patienten kommen aus selbst empfundenem Krankheits- und Hilfebedürftigkeitsgefühl zur Aufnahme, d. h. aus eigener Initiative und freiwillig. Bei den restlichen Patienten ist der Verlust der Einsichtsfähigkeit in die Krankheit und damit der mangelnde Leidensdruck häufig gerade ein Symptom der psychiatrischen Erkrankung und erschwert so die thera-

peutischen Bemühungen erheblich. So führt der Mangel an kompetenter Kritikfähigkeit gegenüber dem eigenen Zustand häufig zum Eingreifen Dritter und damit zur bewußten Mißachtung seines Willens. Sicher spiegelt sich aber in diesen Zahlen nicht nur die Einsichtslosigkeit ins eigene Kranksein wieder, sondern auch der vehemente Widerstand vieler psychisch Kranker gegen die mit der Hospitalisierung verbundenen Etikettierung, Stigmatisierung und soziale Ausgliederungen.

Daß wiederaufgenommene Patienten häufiger Leidensdruck verspüren als erstmalsaufgenommene Patienten hat mehrere Gründe:

Die Diagnosezusammensetzung der wiederaufgenommenen Patienten ist anders als die der erstmals aufgenommenen Patienten. WA-Patienten haben zum Teil wenigstens die Erfahrung gemacht, daß ihnen im PLK geholfen werden kann und daß eine Wiederaufnahme dort sie entlastet. Dieses Lernen im Umgang mit der Krankheit verbessert die Einsicht in die eigene Hilfsbedürftigkeit, baut die Angst vor der psychiatrischen Klinik ab und erleichtert das Akzeptieren des therapeutischen Angebots. Möglich erscheint aber auch eine Art von Hospitalisierungseffekt. Nicht nur die früher oft unumgänglichen Langzeithospitalisierung sondern auch häufige Wiederaufnahmen führen zum Abbruch sozialer Bindungen und zur Unfähigkeit einer Existenz außerhalb der PLK-Mauern. Das PLK wird zur zweiten Heimat.

"Erregungszustände" und "Konflikte im Umfeld" machen zusammen rund ein Fünftel aller Aufnahmeanlässe aus. Hier wurde die Krankheit am deutlichsten zum sozialen, zwischenmenschlichen Problem oder vielleicht auch anders herum: zwischenmenschliche Probleme zur Krankheit (siehe auch 4.2.2 und (6,5,37,3)).

4.5. Geschlossene Unterbringung bei Aufnahme

Die Bedingungen auf einer Akutstation eines PLK's gestatten es im Normalfall nicht, allen Patienten freien Ausgang zu gewähren. Zum Zeitpunkt der Aufnahme muß die Hälfte der Neurotiker wegen bestehender Suizidgefahr "geschlossen" hospitalisiert werden. Bei den Psychosepatienten sind es 76%,

die sich selbst oder andere gefährden könnten. Welches im einzelnen die Kriterien für die Erlaubnis zum "Ausgang" in der LKN sind, kann an dieser Stelle nicht ausgeführt werden. Es fehlen auch Vergleichsdaten aus anderen PLK's zu diesem wichtigen Merkmal der Hospitalisierungspraxis. Nach dem Unterbringungsgesetz wurden überraschend wenig Patienten aufgenommen (16, davon 10 erstmalsaufgenommene Patienten. Das entspricht 3,5% aller Aufgenommenen). In der Dürener Untersuchung (38) wurden im Vergleich dazu 42% der Patienten zwangsweiseingewiesen. Davon wurden aber 2/3 innerhalb der ersten Tage in freiwillige Aufnahmen umgewandelt.

4.6. Entlassbeurteilung

Über die Entlassbeurteilung wurde zum Teil schon bei der Besprechung der einzelnen Diagnosegruppen berichtet. Besserung der Krankheitserscheinungen war nicht absolut, sondern relativ zum Aufnahmezustand definiert. Hartmann und Müller (23) berichteten von einer deutlichen Besserung im Sinne von Symptomremission bei erstaufgenommenen Schizophrenen: 39% leicht und 40% gut gebessert. Abgesehen von unterschiedlichen Beurteilungsmaßstäben, läßt sich ähnliches aus unserer Untersuchung berichten. Wiederaufgenommene Schizophrene werden nach der Behandlung jedoch noch günstiger beurteilt. Vielleicht macht sich darin eine Konsolidierung und Stabilisierung des Krankheitsgeschehens und der psychosozialen Bedingungen der Schizophrenen mit zunehmender Krankheitsdauer und Rehospitalisierungsgeschichte bemerkbar (2). Die schlechte Operationalisierbarkeit dieser Variable mag hier jedoch auch zu einem Artefakt Anlaß gewesen sein. Insgesamt gesehen haben die WA-I-Patienten den höchsten Anteil gut Gebesserter. Ein langes rehospitalisierungsfreies Intervall bedeutet also gute Remissionsfähigkeit der psychiatrischen Symptome.

4.7. Neuroleptische Depotmedikation

Im letzten Jahrzehnt wurde mehrmals in streng kontrollierten Studien (24, 29, 49, 42) die Wirksamkeit von Neuroleptika (insbesondere der Parenteral applizierten Depot-Formen) in

der Rückfallverhütung bei schizophrenen Patienten nachgewiesen. Man rechnet heute damit, daß ungefähr 30% der sorgfältig überwachten depotneuroleptisch behandelten Schizophrenen innerhalb von zwei Jahren trotzdem einen Rückfall erleiden. Dies ist eine Zahl, die immerhin in Anbetracht der sieben bis neun Mal höheren Rückfallfrequenz der nicht so behandelten Schizophrenen einen gewissen Erfolg darstellt.

In der Praxis liegt eine lückenlose depotneuroleptische Nachbehandlung in der Hand niedergelassener Nervenärzte und ist abhängig von der Mitarbeit des Patienten. So sind Therapieabbrüche häufig und die Gründe dafür vielfältig: Das Fehlen einer beständigen Arzt-Patienten-Beziehung, oder die Beeinträchtigung und berechtigte Angst der Patienten vor Nebenwirkungen. Selbst in der "Depot-Ambulanz" einer Universitäts-Nervenklinik wurde ein jährlicher "Schwund" von 10% der Depot-Patienten beklagt (21).

Schließlich findet sich in allen Studien zur Langzeitbehandlung eine Gruppe von Patienten, die unter Placebo, also auch ohne ambulante Depotbehandlung, rezidivfrei bleiben -ungefähr 10 bis 20% (28, 27). Das macht deutlich, wie schwierig eine richtige Indikationsstellung für eine ambulante depotneuroleptische Nachbehandlung ist. Piezker (42) lehnt sie für Patienten mit ansich schon guter Prognose ab. Er bezieht sich dabei auf die bekannten Kriterien einer günstigen Prognose: intakte prämorbide Persönlichkeit, akuter Beginn der Symptomatik, nachweisbare auslösende Faktoren, günstige psychosoziale Umgebung vor und nach der Erkrankung. Aus pragmatischen Gründen scheint ebenfalls eine Indikationsstellung dann zweifelhaft, wenn vorort Nervenärzte mit Erfahrungen in depotneuroleptischer Nachbehandlung fehlen, wie es für Teile des Einzugsgebietes der LKN und sicher der meisten PLK's zutrifft.

Auf diesem Hintergrund erscheint verständlich, warum nur die Hälfte unserer schizophrenen Patienten depotneuroleptisch weiterbehandelt wurden. Bei den erstmalsaufgenommenen Schizo-

phrenen liegt der Anteil mit 40% noch niedriger, als bei den wiederaufgenommenen Schizophrenen (58%). Die Zurückhaltung bei den Erstaufnahmen ist vielleicht gerechtfertigt und geht auf Unsicherheiten in der Indikation und die Hoffnung auf gute Remission und Prognose bei den erstmals Hospitalisierten zurück. Bei den Wiederaufgenommenen erscheint sie zumindest fraglich, da gerade in der Gruppe rückfällig gewordener alle Möglichkeiten zur Rezidivprophylaxe ausgeschöpft werden sollten. Auf die großen praktischen Schwierigkeiten bei der Durchführung ambulanter depotneuroleptischer Therapie wurde jedoch schon hingewiesen, so daß sie aus Sicht des Klinikpsychiaters selbst bei wiederaufgenommenen Schizophrenen häufig nicht erfolgversprechend erscheint.

Aus versuchstechnischen Gründen bleiben mehrere interessante Fragen zur neuroleptischen Nachbehandlung in der LKN offen. So können wir nicht beantworten, ob, welche und wieviele unserer Schizophrenen überhaupt davon profitiert haben, d. h. keinen Rückfall erlitten haben. Wir können nicht beantworten, ob und wieweit die Rezidivfreiheit nicht auf andere Behandlungsfaktoren, zum Beispiel soziotherapeutische Maßnahmen zurückzuführen sind. Gerade gezielte soziotherapeutische Eingriffe in das psychosoziale Umfeld, wie sie von britischen Autoren beschrieben werden (30, 28), führen in Kombination mit einer neuroleptischen Langzeitbehandlung zu den bislang optimalsten Ergebnissen in der Rückfallverhütung bei Schizophrenen.

4.8. Soziographische Daten

Dem Zusammenhang zwischen soziographischen Patientenmerkmalen und psychiatrischen Erkrankungen wurde von epedemiologischer und sozialpsychiatrischer Seite viel Aufmerksamkeit geschenkt. Im Jahre 1939 entstand die erste größere epedemiologische Untersuchung (18), die eine Häufung der Behandlungsinzidenz von Schizophrenie, Sucht und anderen psychischen Störungen in den Slumbezirken Chicagos nachwies. Wesentliche

Impulse auf diesem Forschungsgebiet gingen von der Feld-untersuchung von Hollingshead und Redlich (31) aus. Dort wurde der Frage nachgegangen, ob es Beziehungen gibt zwischen sozialer Schicht und der Prävalenz psychischer Krankheiten, der Art psychischer Krankheiten und der Art der psychiatrischen Behandlung. Dilling und Weyerer (15) konnten die zentralen Ergebnisse auch für deutsche Verhältnisse bestätigen: Eine höhere Behandlungsprävalenz in den unteren sozialen Schichten, ein Überwiegen der Behandlungshäufigkeit von Schizophrenen, Alkoholikern und affektiven Psychosen in den unteren Sozialschichten und ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Sozialschicht und der Art bzw. Dauer der Behandlung. Eine heftige Diskussion wurde auch darüber geführt, warum Inzidenz und Prävalenz der Schizophrenie in den unteren Schichten ansteigt. Inzwischen werden die Brutstättenhypothese sowie die Drift-Hypothese (sozialer Abstieg aufgrund Behinderung durch die Krankheit) als gleichwertige Erklärungsansätze im einzelnen Fall angesehen (8).

Der Tatsache selbst, nämlich der negativen sozialen Auswirkungen der Krankheit, besonders bei Schizophrenen, scheint eine katamnestische Untersuchung zu widersprechen. Vogel und Vliegen (54) stellten eine beachtliche soziale Stabilität, soweit dies an der beruflichen Entwicklung von Schizophrenie Erkrankten abzulesen ist, fest. 382 schizophrene Patienten wurden vier Jahre nach ihrem ersten Klinikaufenthalt durch Fragebögen zu ihrem subjektivem Befinden und ihrer sozialen Lage befragt. Nur 161 Patienten (42%) antworteten jedoch. Zusammenfassend interpretieren die Autoren die Daten in Richtung einer weitgehenden sozialen und beruflichen Integration der schizophrenen Patienten. Nun läßt es sich jedoch vermuten, daß gerade diejenigen Patienten nicht geantwortet haben, die eine soziale und berufliche Stabilität nicht wiedergefunden haben. Mit Sicherheit führt jedoch eine Befragung, bei der nicht einmal die Hälfte der Befragten antwortet, zu einem unrepräsentativen Ergebnis. Auf diesen methodischen Mangel wird von den Autoren nicht eingegangen, er mindert aber den Wert der Aussagen dieser sonst interessanten Untersuchung erheblich. Aufgrund unserer Untersuchungs-

ergebnisse können wir eine relative soziale Stabilität der Schizophreniepatienten kaum annehmen.

Als groben Indikator für soziale Integration eines Patienten sehen wir den Familienstand und das engere soziale Umfeld der Patienten an. Sicher ist dies im Einzelfall kein besonders sicheres Merkmal, denn auch in einer äußerlich intakten Ehe oder Familie können die Partner isoliert und zurückgezogen leben. Doch über die Hälfte unserer erstmals aufgenommenen und auch der wiederaufgenommenen Schizophrenen ist ledig. Und dies nicht aufgrund der Altersverteilung (3.2.1.), denn 60% der erstaufgenommenen Schizophrenen waren über 30 Jahre alt. Die Rate an Geschiedenen und getrennt Lebenden nimmt mit zunehmender Wiederaufnahmefrequenz deutlich zu. Noch deutlicher wird die Tendenz zur sozialen Desintegration bei Betrachtung der alleinstehenden Patienten. Zwischen 20 und 30% aller wiederaufgenommenen Schizophrenen sind alleinstehend.

Auch können wir die von Vogel und Vliegen (54) postulierte relative Stabilität in der beruflichen Entwicklung der Schizophrenen aufgrund unserer Zahlen zur Arbeitslosigkeit kaum mitvollziehen. Zwar sind schon viele (6 von 22) Schizophrene bei ihrer ersten Aufnahme arbeitslos. Bei den wiederaufgenommenen Schizophrenen ist der Anteil Arbeitsloser und Berenteter deutlich höher. Hierbei spielt sicherlich eine negative Auslese eine Rolle. Die bei Erstaufnahmen nicht-Arbeitslosen haben eine bessere Prognose (51), erscheinen also auch anteilsmäßig seltener als Wiederaufnahmen im PLK. Es ist diese Sondergruppe mit guter Prognose, die Vogel und Vliegen erfaßt haben. Der hohe Anteil Arbeitsloser und früh Berenteter spricht jedoch deutlich gegen eine soziale Stabilität, denn Arbeitslosigkeit und Berentung bedeuten bereits sozialen Abstieg.

Schließlich soll noch einmal betont werden, daß sozialer Rückzug Desintegration und gesellschaftliche Ausgrenzung nicht nur an die Diagnose Schizophrenie gebunden sind. Auch Suchtkranke unterliegen dieser Tendenz. Eine Ausnahme scheinen nur die Neurosepatienten zu bilden.

Von der hier erhobenen Geschlechterverteilung -2 : 1- zu Gunsten der Frauen- darf selbstverständlich nicht unkritisch auf eine Disposition für psychiatrische Erkrankungen bei Frauen geschlossen werden. Die administrative - oder Behandlungsinzidenz entspricht nie der wahren Morbidität der Bevölkerung. Eine besondere Akzentsetzung zu Gunsten des weiblichen Geschlechts fanden wir jedoch bei wiederaufgenommenen Neurosepatienten und affektiven Psychosen.

Ein Blick sei auch noch auf die Ausländer unter den LKN-Patienten gelenkt. Sie sind gemessen an ihrem Anteil in der Bevölkerung leicht überrepräsentiert, besonders was die Erstaufnahmen betrifft. Sie stellen also eine psychiatrische Risikogruppe dar. Häufig durch Sprachschwierigkeiten gehandikapt, bedeuten sie ein erhebliches therapeutisches Problem im PLK. Offensichtlich sind die sozialen Beziehungen der Ausländer untereinander in Folge der Isolation in der Fremde enger, so daß sie seltener wieder aufgenommen werden müssen.

4.9. Ökologische Daten

Der Frage nach dem Einfluß der Entfernung zwischen Wohnort des Patienten und der Behandlungsinstitution wurde in jüngster Zeit einige Aufmerksamkeit geschenkt (19,15). Diese und ähnliche, aus dem anglo-amerikanischen Bereich stammende, Untersuchungen legen folgende Zusammenhänge nahe:

- Die Aufnahmerate (Patienten pro tausend Einwohner) nimmt mit zunehmender Entfernung des Wohnortes vom PLK ab.

- Entfernt wohnende Patienten haben eine durchschnittlich längere Verweildauer.

- Städtische und ländliche Bevölkerung unterscheiden sich hinsichtlich der Aufnahmerate sowie der Diagnoseverteilung.

- Schließlich wird ein positiver Zusammenhang zwischen Aufnahmerate und der Dichte niedergelassener Nervenärzte vermutet.

Unser Interesse galt nun nicht so sehr der absoluten Entfernung des Patientenwohnortes zur LKN, sondern einer Gegenüberstellung der zum Aufnahmegebiet gehörenden Landkreise. Dies aus folgendem Grund: Mit Beginn der Aufnahmepflicht für das gesamte Einzugsgebiet wurden vier "Regionalstationen" geschaffen, die jeweils einem der vier Landkreise zugeordnet wurden. Hiervon wurde vor allem eine größere Behandlungskontinuität für Wiederaufnahmen und nicht zuletzt eine größere organisatorische Durchschaubarkeit des Großbetriebes Landeskrankenhaus erhofft. Entsprechend der o. g. Annahmen zur ungleichen Zugänglichkeit der psychiatrischen Betreuungsinstitution für die Bevölkerung, errechneten wir für die vier Landkreise recht unterschiedliche Aufnahmeraten (Anzahl Patient pro tausend Einwohner pro Jahr). (Siehe S. 29)

Mit 2,2°/$_{oo}$ lag die stationäre Behandlungsinzidenz für die Bevölkerung der Stadt Pforzheim mit ihrer relativ günstigen Nervenarztdichte, am höchsten. Der Kreis Calw liegt mit einer Inzidenz von 1,56°/$_{oo}$ an zweiter Stelle deutlich vor den durchschnittlich weiter entfernten Kreisen Böblingen und Enzkreis. Auch hier läßt sich also ein Zusammenhang zwischen Entfernung des Wohnorts vom PLK zur Aufnahmerate konstruieren. Regionalisierung im PLK macht also Rekommunalisierung und Gemeindenähe der psychiatrischen Betreuung nicht überflüssig, sondern deren Notwendigkeit für chancengleiche Zugänglichkeit psychiatrischer Versorgung gerade erst deutlich. Die Unterschiede in den Erstaufnahme- und Wiederaufnahmeinzidenzen zwischen den Landkreisen sind schwierig zu deuten. Im Nahbereich (Kreis Calw) ist das EA-WA-Verhältnis deutlich geringer als im Fernbereich (z. B. Enzkreis), nämlich 1 : 1,5 (Kreis Calw) zu 1 : 2,8 (Enzkreis). Hierfür sind jedoch sicher nicht nur die geographische Lage sondern auch andere ökologische Faktoren verantwortlich, deren Wertigkeit im einzelnen noch unbekannt ist.

4.10. Klinikbetreuung und Nachsorge

Über Länge und Bedeutung der Hospitalisierungsdauer wurde schon in 4.1. berichtet. Die durchschnittliche Verweildauer ist von Diagnose zu Diagnose verschieden. So sind Patienten

mit neurotischer Reaktion in der Mehrzahl kurz verweilende Kriseninterventionsfälle. Psychosepatienten sind dagegen selten unter einem Monat hospitalisiert. Am längsten bleiben affektive Psychosen. Eine Mittelstellung halten Suchtkranke. Hier ist nicht zu entscheiden, ob deren schlechte Besserungstendenz (siehe oben) durch zu kurze Verweildauer mitbedingt ist, oder aber ob die zweifelhafte Prognose eine längere Verweildauer im Einzelfall nicht sinnvoll erscheinen läßt. Interessant sind die Unterschiede der Verweildauer von EA-, WA- und WA-I-Patienten. Letztere bleiben durchschnittlich am längsten. Wir können dies nicht mit einer speziellen Diagnoselektion in dieser Gruppe erklären. Definitionsgemäß handelt es sich bei dieser Gruppe um chronische Patienten mit großem zeitlichen Intervall zwischen den einzelnen Aufnahmen. Daraus könnte vereinfacht geschlossen werden, daß sich diese längere betreuungsfreie Intervall vermehrt Konfliktstoff anstaut, dessen Bearbeitung dann auch zu einer längeren Verweildauer führt. Selbstverständlich bleibt eine Erklärung Spekulation, solange dieses Patientenklientel in einer gesonderten Untersuchung nicht näher beschrieben wird, und die Faktoren, die das längere klinikfreie Intervall ermöglichen, nicht aufgeklärt sind.

Die vergleichsweise kürzere Verweildauer der Erstaufnahmen ist ebenso multifaktoriell bedingt. Als wichtig erachten wir die Tatsache, daß den Erstaufnahmen schon der Eintritt in die Klinik schwerer fällt als Wiederaufnahmen (siehe oben), ihr eigenes Drängen und das ihrer Angehörigen, die Klinik wieder verlassen zu können entsprechend größer ist. Ob die kürzeren Verweildauern bei Erstaufgenommenen aber gerechtfertigt sind, scheint fraglich. Denn wie Bleuler (2) betont, werden beim ersten Kontakt mit einer Betreuungsinstitution Weichen gestellt, die für das weitere Schicksal des Patienten entscheidend werden können. So gesehen scheint es eher sinnvoll, sich gerade für Erstmalsaufgenommene Zeit zu lassen, besonders für rezidivverhütende Maßnahmen wie Beratung und Betreuung von Angehörigen, arbeitsrehabilitative Maßnahmen, schlicht, Zeit zu lassen für eine optimale Vorbereitung des Patienten und seiner sozialen Umgebung auf die Rückkehr aus stationärer Behandlung.

4.11. Ambulante Vor- und Nachbehandlung

Die Verzahnung ambulanter und stationärer Behandlungseinrichtungen im Sinne einer ineinandergreifenden Versorgungskette für psychiatrische Patienten ist eines der Hauptziele, gleichzeitig aber auch eines der Hauptprobleme, psychiatrischer Versorgung (11). Die im Rahmen des "Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" erstellten Begleituntersuchungen (16, 4) sprechen ein vernichtendes Urteil über Umfang und Qualität der ambulanten Vorbehandlung von stationär behandlungsbedürftigen Patienten. In der Untersuchung von Dilling und Weyerer haben nur 15,8% aller Klinikaufnahmen vor ihrer stationären Einweisung einen Nervenarzt mehr als einmal konsultiert. Wieviele dieser 15,8% im eigentlichen Sinn vorbehandelt wurden, bleibt offen. Vorbehandlung - d. h. Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden therapeutischen Mittel mit dem Ziel der Verhinderung einer stationären Aufnahme - gibt es nur für eine verschwindend kleine Zahl der später Hospitalisierungsbedürftigen, und dies obwohl der größte Teil psychiatrischer Erkrankungen bereits über längere Zeit vor der Aufnahme besteht.

Wir können dies anhand unserer Erhebung noch einmal belegen: Von den Erstaufnahmen der LKN wurden 23% vom niedergelassenen Nervenarzt oder klinikeigenen Ambulanz eingewiesen. Diesem Anteil kam also zumindest eine fachärztliche Untersuchung vor ihrer stationären Einweisung zugute, in vielen Fällen sicher auch eine fachärztliche Vorbehandlung. Die restlichen Erstaufnahmen werden von Stellen (Hausärzten, Allgemeinkrankenhäusern, Gesundheitsämtern) eingewiesen, deren Engagement im Sinne der Verhinderung einer stationären Aufnahme nicht angezweifelt wird, deren fachliche, zeitliche und personelle Möglichkeiten, dieses Ziel zu erreichen, jedoch in Frage zu stellen sind. Sicher lassen die genannten Daten, da sie sich einzig auf die "einweisende Stelle" beziehen, nur eine grobe Orientierung über die tatsächliche Lage im Bereich der ambulanten Vorbetreuung zu. So scheint es für die Zukunft dringend notwendig, über eine genaue quantitative Datenerhebung hinaus, auch qualitative Gesichtspunkte zu erheben.

Der Einweisungsmodus der Wiederaufnahmen unterscheidet sich erheblich von dem der Erstaufnahmen. Ein beinahe doppelt so hoher Anteil (42%) hat vor der Aufnahme einen Facharzt konsultiert. Entweder einen niedergelassenen Nervenarzt, oder die Klinikambulanz (16,4%). Diese intermittierende Betreuung zwischen vorangegangener und jetziger Aufnahme kann nach Umfang und Qualität nicht beurteilt werden. Aufgrund dieses Merkmals kann nur geschlossen werden, daß Wiederaufnahmen häufiger als Erstaufnahmen vor ihrer Aufnahme durch die Hand eines Facharztes gehen.

Anhand der Verteilung der Rücküberweisung am Ende des stationären Aufenthaltes versuchten wir zu erfahren, wem - rein formal durch Zusendung eines Entlassbriefes - die weitere Verantwortung und Betreuung des Patienten übertragen wird. Daraus läßt sich nur wenig über den wirklichen Umfang der Nachsorge aussagen. Aus dem Blickwinkel der fachlichen Qualifikation sollte sie dem Nervenarzt übertragen werden. Dies geschieht jedoch in weniger als einem Drittel der Fälle. Ähnliche Zahlen finden sich in andere Untersuchungen. Müller und Hartmann (41) fanden bei erstmals hospitalisierten Schizophrenen eine Weiterbehandlungsrate durch den Nervenarzt von 15%. Bosch und Pietzker (4) fanden Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung in der Nachbehandlungsrate (32% mehrmals nachbehandelt in der Stadt gegenüber 19% mehrmals nachbehandelt auf dem Land). In der Untersuchung von Dilling und Weyerer (15) wurden etwas mehr als ein Viertel aller Schizophrenen vom Facharzt weiterbehandelt. Daß jedoch nicht nur Schizophrene, sondern vermutlich auch andere hospitalisierten psychiatrischen Patienten in unterschiedlichem Maße nachbehandlungsbedürftig sind, wird kaum noch bezweifelt (15). Die Wiederaufnahmerate -das Problem der Drehtür in der stationären psychiatrischen Versorgung- steht auch im engen ursächlichen Zusammenhang zur katastrophalen Situation im Bereich der poststationären fachärztlichen Nachbetreuung. Bei der Behebung dieser Kluft zwischen Bedarf und Wirklichkeit kann zudem nur wenig Hoffnung in eine höhere Dichte niedergelassener Nervenärzte gesetzt

werden. Zum einen verteilt sich diese Dichte noch außerordentlich ungleich zwischen Stadt und Land. Zum anderen ist das Klientel niedergelassener Nervenärzte traditionell ein anderes (13, 15), als das, auf das es hier ankommt. Niedergelassene Nervenärzte arbeiten in einem anderen Bereich der psychosozialen Versorgung und ihre Tätigkeit ist wenig auf die Bedürfnisse von PLK-Patienten abgestimmt (12). Von ihnen kann also wenig Hilfe in der dringend notwendigen Intensivierung der poststationären Nachbetreuung erwartet werden.

Damit wird deutlich, daß das Problem der Nachsorge nicht nur ein personelles sondern auch ein strukturell-gesundheitspolitisches Problem ist.

5. Zusammenfassung

In den letzten 3 Jahrzehnten hat sich in vielen psychiatrischen Landeskrankenhäusern die Hospitalisierungspraxis geändert. Die früher bei chronischen Verläufen übliche Dauerhospitalisierung ist in immer stärkerem Maß einer intermittierenden Rehospitalisierungspraxis (Stichwort: "Drehtür-Psychiatrie") gewichen. Das hat dazu geführt, daß sich das Verhältnis von Wiederaufgenommenen (WA) zu Erstmalsaufgenommenen (EA) stark zu Gunsten der der Wiederaufgenommenen verschoben hat. Vorreiter dieser Entwicklung waren die psychiatrischen Universitätskliniken. Sie hatten beispielsweise Mitte der 70er Jahre ein EA:WA-Verhältnis von 1:2,5 , während traditionell geführte Landeskrankenhäuser damals ein EA:WA-Verhältnis von 1:0,5 hatten (z. B. Bezirkskrankenhaus Gabersee).

In dieser Querschnittsuntersuchung wird ein Vergleich der beiden Klientele Erstmalsaufgenommene und Wiederaufgenommene durchgeführt. Vergleichsmerkmale sind klinische und soziale Daten, sowie formale Daten zur Hospitalisierungspraxis. Ziel der Untersuchung ist es, typische Merkmalskonstellationen für beide Klientele zu finden und daraus gezielte für die therapeutische Praxis relevante Handlungsanweisungen zu gewinnen.

Ein weiteres Ziel ist die Entwicklung von Hypothesen zum Bedingungsgefüge von Wiederaufnahmeinzidenz und -frequenz in der stationär-psychiatrischen Praxis.

Zwei Jahre nach Eröffnung der Landesklinik Nordschwarzwald, einem baden-württembergischen PLK mit damals 250 belegten Betten und einem Einzugsgebiet von 700 000 Einwohnern, wurden die 457 Aufnahmen eines halben Jahres rückblickend, d. h. nach Entlassung, hinsichtlich 29 Merkmalen untersucht. Es wurden drei Stichproben gebildet: Erstmalsaufnahmen (EA) (n=164), Wiederaufnahmen mit zeitlich kurzem Wiederaufnahmeintervall (WA, n = 171) und Wiederaufnahmen mit langem (2 Jahre) klinikfreiem Intervall (WA-I, n=102). Der Vergleich dieser Stichproben ergab folgende Ergebnisse:

Die Stichproben hatten unterschiedliche Diagnoseverteilungen. Der Anteil der Neurosen ist bei den EA größer als bei den WA. Umgekehrt sind unter den WA mehr Psychotiker. Bei den affektiven Psychosen fällt ein höherer Anteil von WA-I-Patienten auf. Knapp 20% aller Aufnahmen sind Suchtkranke. Ähnlich wie bei den Psychotikern überwiegen auch hier die Wiederaufnahmen. Entsprechend der unterschiedlichen Diagnoseverteilungen bestehen Unterschiede in den verschiedenen Aufnahmeanlässen. Bei den EA kommt der Suizidversuch häufiger vor als bei den WA, ist aber in allen Stichproben trotzdem häufigster Anlaß zur Aufnahme. Leidensdruck folgt erst an dritter Stelle hinter florider psychotischer Symptomatik. Erregungszustände/ Aggressivität und Konflikte im sozialen Umfeld kommen in allen drei Stichproben selten vor.
Bei den Wiederaufnahme-Psychotikern ist die floride psychotische Symptomatik seltener, Leidensdruck dagegen häufiger Anlaß als bei EA-Psychotikern.
Anfängliche geschlossene Unterbringung bei Aufnahme ist bei rund zwei Dritteln aller Aufnahmen notwendig.
Der Anteil gesetzlich Untergebrachter ist mit 3,5% niedriger als in anderen PLK's.
Die Beurteilung bei Entlassung (Veränderung des Zustandes gegenüber dem Aufnahmezeitpunkt) fällt bei Psychosepatienten am Positivsten aus. Suchtkranke profitieren dagegen wenig von einem Klinikaufenthalt in der LKN. Eine Zwischenstellung nehmen Neurosepatienten ein.

Wiederaufnahme-Psychotiker wurden wesentlich häufiger mit depot-neuroleptischer Medikation nach Hause entlassen als EA-Schizophrene. Lithium-Prophylaxe wurde selten angewandt. Der Stellenwert der medikamentösen Rezidivprophylaxe und die praktischen Schwierigkeiten bei der Ausführung in der Zeit nach dem Klinikaufenthalt werden erörtert.

Der Vergleich der Stichproben hinsichtlich der sozialen Merkmale läßt auf einen Verlust an sozialer Stabilität und familiärer Integration mit zunehmender Anzahl von Klinikaufenthalten schließen. Indizes hierfür sind der Anteil von Arbeitslosen und Frühberenteten, Geschiedenen und Alleinstehenden. Dies ist besonders deutlich erkennbar bei Schizophrenen und Suchtkranken, während bei Neurotikern diese Merkmale weniger in Erscheinung treten.

Die Verweildauer überschreitet nur in wenigen Fällen die 6-Monate-Grenze. Häufigkeitsgipfel liegen bei 4 - 7 Tagen (Kriseninterventionsfälle) und 1 - 2 Monaten. WA-I-Patienten (Wiederaufgenommene mit langem klinikfreiem Intervall) bleiben durchschnittlich am längsten, was mit der spezifischen Diagnoseverteilung erklärt wird.

Bei den WA-I-Patienten handelt es sich um Patienten, die lange Zeiträume hindurch gut kompensiert "draußen" leben können. Der Anteil von Rentnern und Hausfrauen, also aus dem Berufsleben ausgeschiedenen Menschen, ist höher als in den anderen Stichproben. Der Anteil der Arbeitslosen dagegen geringer. Nicht nur dadurch unterscheiden sich die WA-I-Patienten deutlich von den Wiederaufnahmen mit kurzem klinikfreiem Intervall, so daß die getroffene Unterteilung der Gesamt-Wiederaufnahmen gerechtfertigt ist. Eine weitere Typisierung der WA-I- Patienten mit Akzent auf den speziellen therapeutischen Bedürfnissen dieser Gruppe erscheint dringend notwendig.

Zuletzt wird die Rolle der ambulanten Vor- und Nachbetreuungseinrichtungen im Einzugsgebiet untersucht. Häufigster "Zulieferer" von Patienten ist der Hausarzt.

Ihm wird auch in den meisten Fällen die poststationäre Nachsorge übertragen. Bei den Wiederaufnahmen wird jedoch etwas häufiger dem niedergelassenen Nervenarzt diese Aufgabe übertragen. Es werden Zusammenhänge zwischen der Intensität und Qualität des Nachsorgesystems und der Wiederaufnahmefrequenz diskutiert und Vorschläge zur Optimierung der poststationären Betreuung gemacht.

Dem Charakter dieser Hypothesenfindungs-Studie entsprechend bleiben viele der geschilderten Zusammenhänge noch im Bereich der Vermutung. Diese Untersuchung könnte die Basis für gezieltere Fragestellungen und detailliertere Datenerhebung sein.

6. Anhang

6.1. Literaturverzeichnis

1.) Bauer, M.: Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitäts-Klinik. Anspruch, Wirklichkeit und praktische Erfahrung.
Enke Verlag, Stuttgart 1977

2.) Bleuler, M., Huber, G., Gross, G., Schüttler, R.: Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen.
Nervenarzt 47, 1976, 477-481

3.) Birley, J.L.T., Brown, G.W.: Crisis and life changes predicting the onset or relapse of schizophrenia: clinical aspects.
Brit. J. of Psych. 116, 1970, 327-333

4.) Bosch, G., Pietzcker, A.: Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.
In: Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201 Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie ... S. 344-360

5.) Brown, G.W., Birley, J.L.T.: Crisis and life changes and the onset of schizophrenia.
J. of Health and Soc. Beh., 9, 1968, 203-214

6.) Brown, G.W., Birley, J.L.T., Wing, J.K.: Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication.
Brit. J. Psychiat. 121, 1972 241-258

7.) Ciompi, l., Dauwalder, H.-P., Agué, C.:
Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. I. Konzepte und methodologische Probleme
Nervenarzt 48, 1977, 12 - 18
II. Querschnittsuntersuchung einer Population von chronischen Spitalpatienten.
Nervenarzt 49, 1978, 332-338
III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognose.
Nervenarzt 50, 1979, 366-378

8.) Cooper, B., Morgan, H.G.: Epidemiologische Psychiatrie. München 1977

9.) Degkwitz, R., Römer, K., Rudolph, W., Schulte, P.W.: Die Verteilung psychiatrischer und neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern.
Spectrum 2, 1973, 114-115

10.) Degkwitz, R., Schulte, P.W.: Zur Tätigkeit der Nervenärzte und der Versorgung psychiatrisch Kranker und Behinderter in der BRD.
Spectrum 2, 1973, 182-188

11.) Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - Bonn-Bad Godesberg 1975

12.) Dilling, H., Weyerer, S.: Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den 3 Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein.
Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201 382-399

13.) Entspricht 11.)

14.) Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G., Mombour, W.: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Berlin 1975

15.) Dilling, H., Weyerer, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung. München 1978

16.) Dilling, H., Weyerer, S.:
Zur Behandlungsinzidenz und -Prävalenz in drei Kreisen Ostbayerns.
Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201 361-381

17.) Dörner, K.: Bürger und Irre - Zur Sozialpsychiatrie und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie.
Frankfurt 1975

18.) Faris, R.E.L., Dunham, H.W.: Mental Sisorders in Urban Areas: An Ecological of Schizophrenia and

Other Psychoses.
Chicago 1939, zit. nach Dilling et al. (15).

19.) Finzen, A.: Zugänglichkeit für alle: die Bedeutung der geographischen Lage psychiatrischer Krankenhäuser für Aufnahmeraten und Verweildauer.
Nervenarzt 46, 1975, 591-599

20.) Flegel, H., Schütt, U.: Psychiatrische Hospitalisierungsfrequenz und soziale Schichtung in Düsseldorf.
Soc. Psychiat. 2, 1967, 39-42

21.) Goncalves, N .: "Schwund" bei ambulant behandelten Schizophrenen.
Nervenarzt 49, 1978, 58-64

22.) Häfner, H., Reimann, H., Immich, H., Martini, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965
Soc. Psychiat. 4, 1969, 126-135

23.) Hartmann, W., Müller, P.: Zur stationären Behandlung erstmals hospitalisierter Schizophrener.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 42, 1974, 601-614

24.) Hartmann, W., Kind, J., Meyer, J.E., Müller, P., Steuber, H.: Die Neuroleptika in der Rückfallverhütung bei schizophrenen Psychosen.
Nervenarzt 50, 1979, 734-737

25.) Hinterhuber, H.: Die Grenzen der sozialen Reintegration nach mehrjähriger psychiatrischer Hospitalisierung. Psychiat. Praxis 6, 1979, 50-53

26.) Hirsch, S.R.: Die Versorgung schizophrener Patienten außerhalb des Krankenhauses: Forschungsergebnisse und Grundprinzipien.
Nervenarzt 47, 1976, 469-476

27.) Hirsch, S.R., Gaind, R., Rohde, P., Steven, B.C., Wing, J.K.: Outpatient maintanance of schizophrenic patients with long-acting fluphenazine: a double blind placebo trial.
Brit. Med. J. 1, 1973, 633-637

28.) Hogarty, G.E., Goldberg, S.C., Schooler, N.R., Ulrich, R.F.: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: two-year relapse rates.
Arch. Gen. Psychiat. 31, 1974, 603-608

29.) Hogarty, G.E., Ulrich, R.F., Mussarc, F.: Drug discontinuation among longterm successfully maintained schizophrenic outpatients.
Dis. Nerv. Syst. 38, 1977, 353-355

30.) Hogarty, G.E., Schooler, N.R., Goldberg, S.C.: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: Adjustment of non-relapsed patients.
Arch. Gen. Psychiat. 31, 1974, 609-618

31.) Hollingshead, A.B., Redlich, F.C.: Social Class and Mental Illness
3. Aufl., New York 1967

32.) Keupp, H.: Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie -Darstellung einer Kontroverse-
München 1972

33.) Kind, H.: Prognosis
in: Bellak, L. Loeb, L. (Eds): Schizophrenia: a review of a syndrome.
New York 1969

34.) Kraepelin, E.: Psychiatrie, Band I
Leipzig 1899

35.) Landesklinik Nordschwarzwald: Jahresbericht 1977

36.) Leff, J.P., Wing, J. K.: Trial of maintanance therapy in schizophrenia
Br. Med. J. 1971, III, 599-604

37.) Leff, J.P., Gaind, R., Rohde, P.D., Stevens, B.C.: Life Events and Maintanance Therapy in Schizophrenic Relapse.
Brit. J. Psychiat. 123, 1973, 569-660

38.) Matakas, F., Schaible, D., Koester, H.: Therapie auf der Aufnahmestation eines psychiatrischen Landeskrankenhauses.
Psychiat. Praxis 6, 1979, 72-81

39.) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg:
Psychiatrieplan Baden-Württemberg
Stuttgart 1974

40.) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg:
Soziale Beratungsdienste Baden-Württemberg
Stuttgart 1976

41.) Müller, P., Hartmann, W.: Zur ambulanten Weiterbehandlung und Kurzstrecken-Prognose schizophrener Patienten nach der ersten Hospitalisierung.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 43, 1975, 210-220

42.) Pietzcker, A.: Langzeitmedikation bei schizophrenen Kranken.
Nervenarzt 49, 1978, 518-533

43.) Philipsen, H., Schaafhausen, C., Weber, M.:
Aufbau eines dezentralen Systems zur Versorgung psychisch Kranker in einer Region.
Psychiat. Praxis 4, 1977, 3-14.

44.) Rave-Schwank, M., Hüneke, H.: Zur Rehabilitation chronisch Kranker - Nachuntersuchung von Tagesklinik-patienten.
Nervenarzt 50, 1979, 800-805

45.) Rawls, J.R.: Toward the Identification of Readmissions and Non-Readmissions to Mental Hospitals.
Soc. Psychiat. Vol. 6, Nr. 2, 1971, 58-61

46.) Rehabilitationswerkstatt für psychisch Kranke, Nagold: Statistischer Überblick der Rehabilitationseinrichtung für die Jahre 1978 und 1979.
Eigendruck, Egenhausen-Nagold 1980

47.) Reimer, F.: Vortrag gehalten auf der 96. Wandertagung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater, unveröff. Manuskr. Baden-Baden, 30.05. und 01.06. 1980.

48.) Riedell, H.: Erfahrungen in einer psycho- und soziotherapeutisch orientierten psychiatrischen Akutstation.
Psychiat. Praxis 2, 1975, 40-45

49.) Rifkin, A., Quittlin, F., Rabiner, L. J., Klein, D.F.: Fluphenazine decanoate and placebo in remitted schizophrenics.
Arch. Gen. Psych. 34, 1977, 43-47

50.) Seligman, M.E.P.: Helplessness.
San Francisco 1975

51.) Serban, G., Gidynski, C.:
Significance of social demographic data for rehospitalisation of schizophrenic patients.
J. Health Soc, Beh. 15, 1974, 117-126

52,) Spiegel, Der: "Wehrlose menschliche Ware" -Krankenhäuser schieben Geisteskranke ab.
Der Spiegel, 11, 1974, 65-70

53.) Talbott, J.A.: Stopping the revolving dorr - a study of readmissions to a state hospital.
Psychiat. Quart. 48, 1974, 159-168

54.) Vogel, Th., Vliegen, J.: Soziale Auswirkungen der Schizophrenie.
Nervenarzt 46, 1975, 569-575

55.) Vorträge der 96. Wandertagung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater 30.05./01.06.1980 Baden-Baden:
Der Alkoholkranke in der Praxis des Nervenarztes.
Veröffentlichung der Manuskripte vermutlich Ende 1980.

56.) Wing, J.K.: A pilot experiment on the rehabilitation of long-hospitalized male schizophrenic patients.
Brit. J. Prev. Soc. Med. 14, 1960, 173-180

57.) Wing, J.K., Bennett, D. H., Denham, J.:
The Industrial Rehabilitation of long-stay Schizophrenic Patients.
Her Majesty's Stationary Office, London 1964.

58.) Yolles, S.F., Kramer, M.: Vital Statistics.
In: Bellak, L., Loeb, L. (Eds): Schizophrenia: A Review of the Syndrome - New York 1969

6.2. Erhebungsbogen zur Patientenerhebung im 2. Halbjahr 1977 an der Landesklinik Nordschwarzwald in Calw

Variable Nr.

1) Patientencode

0 - 299 behandelt auf Station 18
300 - 499 behandelt auf Station 19
500 - 599 behandelt auf Station 31

2) Diagnose

1 schizophrene Psychose, Borderline
2 affektive Psychose, Mischpsychose
3 exogene Psychose
4 hirnorganischer Defektzustand Schwachsinn
5 akute Suchtzustände
6 Soziopathie
7 Neurose
8 neurotische Reaktion, paranoide R.
9 chronisches Suchtleiden
0 sonstige Diagnose

3) Diagnoseart

1 Mehrfachdiagnose
2 Verdachtsdiagnose
0 entfällt

4) Altersklassierung

1 bis einschließlich 20 Jahre
2 21 bis 30 Jahre
3 31 bis 40 Jahre
4 41 bis 50 Jahre
5 51 bis 60 Jahre
6 61 Jahre und älter

5) Geschlecht

1 männlich
2 weiblich

6) Familienstand

1 ledig
2 verheiratet
3 getrennt lebend
4 geschieden
5 verwitwet

7) Nationalität

1 Deutscher
2 Ausländer

8) Anzahl der früheren stationären psych. Behandlungen außerhalb der LKN

99 = unbekannt

9) Anzahl der Aufnahmen in der LKN

10) Entlassung aus der LKN

1 nach Ende der Erhebungszeit (1.1.78)
2 vor Ende der Erhebungszeit (1.1.78)

11) aktuelle Verweildauer in der LKN

1 1 bis 3 Tage
2 4 bis 7 Tage
3 8 Tage bis 1 Monat
4 länger als 1 Monat bis 2 Monate
5 länger als 2 Monate bis 3 Monate
6 länger als 3 Monate bis 6 Monate
7 länger als 6 Monate bis 1 Jahr
8 länger als 1 Jahr

12) Aufnahmeanlaß

1 Suiziddrohung oder -versuch
2 Leidensdruck
3 Versagenszustand
4 Konflikt im Umfeld
5 Erregungszustand, Aggressivität
6 Verwirrtheitszustand
7 Intoxikation, akuter Alkoholeinfluß
8 aufgefallen durch Verwahrlosung
9 floride psychotische Symptomatik
0 sonstiges oder unbekannt

13) einweisende Stelle

1 Hausarzt
2 Nervenarzt
3 Behörde
4 Allgemeinkrankenhaus
5 Psychiatrisches Krankenhaus
6 LKN
7 Ambulanz der LKN
8 Heilstätte
9 sonstiges
0 unbekannt

14) Aufenthaltszweck

1 Behandlung
2 Diagnostik
3 Begutachtung
4 Pflege
5 Bewahrung
6 körperlicher Entzug
0 sonstiges

15) Motivation

1 Eigenmotivation
2 Fremdmotivation
3 Unterbringungsgesetz
4 unbekannt

16) geschlossene Unterbringung bei Aufnahme erforderlich

1 nein
2 ja

17) soziales Umfeld vor Aufnahme: lebte bei:

1 Eltern
2 Ehepartner
3 Kinder
4 Freund (in), Wohngemeinschaft
5 Allein in Wohnung
6 Strafvollzugsanstalt
7 Heim
8 Reha-Einrichtung
9 ohne festen Wohnsitz
0 sonstiges oder unbekannt

18) soziales Umfeld nach Entlassung

Einteilung wie unter Spalte 21

19) Arbeit vor Aufnahme

1 im Arbeitsverhältnis
2 arbeitslos
3 Reha- oder beschützende Werkstatt
4 Hausfrau
5 Rentner
6 Ausbildung
0 sonstiges oder unbekannt

20) Arbeit nach Entlassung

Einteilung wie unter Spalte 23

21) Entlassungsmodus

1 mit ärztlichem Einverständnis entlassen
2 ohne ärztl. Einverständnis entlassen
3 entwichen
4 verstorben
5 unbekannt
0 entfällt

22) Beurteilung bei Entlassung

1 verschlechtert
2 ungebessert
3 mäßig gebessert
4 gut gebessert
5 gestorben
6 unbekannt
0 entfällt

23) Arbeitsfähigkeit bei Entlassung

1 arbeitsunfähig
2 beschränkt arbeitsfähig
3 voll arbeitsfähig
0 unbekannt oder entfällt

24) Medikation bei Entlassung

1 Depotneuroleptikum
2 Lithium
3 Depot und Lithium
4 unbekannt
5 entfällt

25) Weiterbehandlung eingeleitet bei:

1 Hausarzt
2 Facharzt außer Nervenarzt
3 Nervenarzt
4 Ambulanz der LKN
5 Allgemeinkrankenhaus
6 Heilstätte
7 Reha-Einrichtung
8 keine
9 unbekannt
0 entfällt

26) Psychosoziale Nachbetreuung eingeleitet

1 Ja
2 Nein
3 unbekannt
4 entfällt

27) Anzahl der Verlegungen innerhalb der LKN

28) Aufnahmegebiet: Wohnort im

1 Kreis Calw
2 Kreis Böblingen
3 Kreis Pforzheim
4 Enzkreis
5 außerhalb der genannten Kreise

29) Gesamtverweildauer früherer Aufenthalte im LKN

Einteilung wie unter Spalte 15
zusätzlich 0 = entfällt

30) Gesamtzahl früherer Aufenthalte in psychiatr. Einrichtungen einschließlich im LKN.

31) Klassenbildung: Anzahl psychiatrischer Aufnahmen außerhalb der LKN

0 Keine
1 eine oder mehrere Aufenthalte
2 unbekannt

32) Klassenbildung: Anzahl der Aufenthalte in der LKN

1 erster Aufenthalt
2 zweiter bis n-ter Aufenthalt

33) Stichprobenzuordnung

1 Stichprobe 1
2 Stichprobe 2
3 Stichprobe 3
4 Stichprobe 4
5 zu keiner Stichprobe zuordnungsbar.

Mehrfeldertafel zur Stichprobenzuordnung :

Siehe auch Abb. 1 Seite 7

6.3. Rohdaten und Kontingenztafeln

2-DIMENSIONALE KONTINGENZ-TAFEL X*Y..

X -VARIABLEN

	NV	BEZEICHNER
1	33	STICHPROBENZUORDNUNG

Y -VARIABLEN

	NV	BEZEICHNER
1	2	DIAGNOSE
2	3	DIAGNOSEART
3	4	ALTER
4	5	GESCHLECHT
5	6	FAM-STAND
6	7	NATIONALITAET
7	8	/AUFNAHMEN AUSSER.
8	9	AUFNAHMEN LKN
9	10	ENTLASSUNGSTERMIN
10	11	VERWEILDAUER AKT.
11	12	AUFNAHMEANLASS
12	13	EINWEISENDE STELLE
13	14	AUFENTHALTSZWECK
14	15	MOTIVATION
15	16	UNTERBRINGUNG GESCHL
16	17	SOZ.UMFELD VORHER
17	18	SOZ.UMFELD NACHHER
18	19	ARBEIT VORHER
19	20	ARBEIT NACHHER
20	21	ENTLASSUNGSMODUS
21	22	ENTLASSBEURTEILUNG
22	23	ARBEITSFAEHIGKEIT
23	24	MEDIKATION
24	25	WEITERBEHANLUNG
25	26	PSYCHOSOZ.NACHBETR.
26	27	ANZAHL VERLEGUNGEN
27	28	AUFNAHMEGEBIET
28	29	GESAMTVERWEILDAUER
29	30	AUFENTHALTE GESAMT

****
****

TABELLE 1

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 2.. DIAGNOSE

	1	2	3	4	5	
0	3	0	1	2	0	6
1	37	7	67	38	7	156
2	14	2	25	19	2	62
3	2	0	4	3	0	9
4	4	0	7	4	3	18
5	12	0	6	2	0	20
6	3	0	0	1	0	4
7	31	3	13	12	1	60
8	36	0	8	10	2	56
9	27	3	25	11	2	68
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 2

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 3.. DIAGNOSEART

	1	2	3	4	5	
0	110	10	100	73	10	303
1	51	4	50	27	6	138
2	8	1	6	2	1	18
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 3

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 4.. ALTER

	1	2	3	4	5	
1	25	1	6	7	2	41
2	38	4	40	15	6	103
3	49	5	43	25	3	125
4	29	2	32	22	2	87
5	15	2	21	24	1	63
6	13	1	14	9	3	40
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 4

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 5.. GESCHLECHT

	1	2	3	4	5	
1	67	7	57	23	12	166
2	102	8	99	79	5	293
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 5

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 6.. FAM-STAND

	1	2	3	4	5	
1	67	8	62	36	9	182
2	69	6	57	38	5	175
3	6	0	4	1	1	12
4	17	0	16	15	2	50
5	10	1	17	12	0	40
	169	15	156	102	17	459

TABELLE 6

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 7.. NATIONALITAET

	1	2	3	4	5	
1	146	12	144	94	16	412
2	23	3	12	8	1	47
	169	15	156	102	17	459

****

****

TABELLE 7

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 8.. AUFNAHMEN AUSSER.

	1	2	3	4	5	
0	168	15	1	0	0	184
1	0	0	41	37	0	78
2	1	0	40	27	0	68
3	0	0	22	16	0	38
4	0	0	16	7	0	23
5	0	0	9	4	0	13
6	0	0	10	5	0	15
7	0	0	4	0	0	4
8	0	0	2	2	0	4
9	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	1	0	1
11	0	0	2	0	0	2
12	0	0	4	0	0	4
13	0	0	3	0	0	3
14	0	0	1	1	0	2
15	0	0	1	0	0	1
16	0	0	0	1	0	1
17	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	1	0	1
19	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0
99	0	0	0	0	17	17
	169	15	156	102	17	459

TABELLE 8

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 9.. AUFNAHMEN LKN

	1	2	3	4	5	
1	169	1	0	102	12	284
2	0	13	95	0	3	111
3	0	1	33	0	2	36
4	0	0	15	0	0	15
5	0	0	6	0	0	6
6	0	0	3	0	0	3
7	0	0	3	0	0	3
8	0	0	0	0	0	0
9	0	0	1	0	0	1
	169	15	156	102	17	459

****

TABELLE 9

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 10.. ENTLASSUNGSTERMIN

	1	2	3	4	5	
1	15	1	27	15	6	64
2	154	14	129	87	11	395
	169	15	156	102	17	459

****

TABELLE 10

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 11.. VERWEILDAUER AKT.

	1	2	3	4	5	
0	9	1	8	4	2	24
1	53	2	25	11	4	95
2	15	4	19	8	0	46
3	61	7	53	34	3	158
4	20	1	30	33	5	89
5	5	0	12	7	1	25
6	6	0	7	5	2	20
7	0	0	2	0	0	2
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 11

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 12.. AUFNAHMEANLASS

	1	2	3	4	5	
0	4	3	7	3	3	20
1	54	3	35	18	4	114
2	23	4	26	20	1	74
3	7	0	0	5	1	13
4	9	0	13	12	1	35
5	19	1	26	10	2	58
6	8	0	5	3	1	17
7	13	0	11	2	0	26
8	5	0	0	0	0	5
9	27	4	33	29	4	97
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 12

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 13.. EINWEISENDE STELLE

	1	2	3	4	5	
0	9	0	4	3	0	16
1	62	2	58	35	7	164
2	23	3	27	26	3	82
3	12	0	10	3	1	26
4	43	1	29	19	1	93
5	0	1	2	1	0	4
6	13	8	20	10	5	56
7	3	0	1	2	0	6
8	0	0	0	1	0	1
9	4	0	5	2	0	11
	169	15	156	102	17	459

****

****

TABELLE 13

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 14.. AUFENTHALTSZWECK

	1	2	3	4	5	
0	1	0	0	0	0	1
1	163	15	155	102	17	452
2	3	0	0	0	0	3
3	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0
6	2	0	1	0	0	3
	169	15	156	102	17	459

****

****

TABELLE 14

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 15.. MOTIVATION

	1	2	3	4	5	
0	22	4	9	12	1	48
1	27	7	40	16	4	94
2	110	4	102	73	12	301
3	10	0	5	1	0	16
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 15

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 16.. UNTERBRINGUNG GESCHL

	1	2	3	4	5	
0	1	0	0	0	0	1
1	61	6	48	39	6	160
2	107	9	108	63	11	298
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 16

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 17.. SOZ.UMFELD VORHER

	1	2	3	4	5	
0	4	0	5	4	1	14
1	49	4	33	15	2	103
2	64	6	57	41	4	172
3	5	0	11	7	0	23
4	10	1	11	5	0	27
5	31	3	28	22	10	94
6	1	0	1	0	0	2
7	3	0	6	4	0	13
8	0	0	2	3	0	5
9	2	1	2	1	0	6
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 17

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 19.. SOZ.UMFELD NACHHER

	1	2	3	4	5	
0	40	7	34	24	7	112
1	31	2	25	10	1	69
2	55	2	47	34	3	141
3	3	0	10	4	0	17
4	9	1	6	3	0	19
5	26	3	19	20	6	74
6	0	0	1	0	0	1
7	4	0	7	3	0	14
8	1	0	6	4	0	11
9	0	0	1	0	0	1
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 18

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 19.. ARBEIT VORHER

	1	2	3	4	5	
0	0	0	2	1	0	3
1	81	3	47	33	5	174
2	24	3	31	9	4	71
3	0	1	7	2	2	12
4	34	1	27	23	1	86
5	19	2	40	28	3	92
6	11	0	1	6	2	20
7	0	0	0	0	0	0
8	0	0	1	0	0	1
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 19

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 20.. ARBEIT NACHHER

	1	2	3	4	5	
0	55	6	36	29	5	131
1	55	5	35	21	4	120
2	10	0	20	8	2	40
3	2	1	9	2	2	16
4	20	1	19	17	1	58
5	20	2	36	23	3	84
6	7	0	1	2	0	10
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 20

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 21.. ENTLASSUNGSMODUS

	1	2	3	4	5	
0	9	1	7	3	3	23
1	126	7	126	78	12	349
2	8	0	5	5	1	19
3	3	1	8	5	1	18
4	0	0	1	1	0	2
5	23	6	9	10	0	48
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 21

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 22.. ENTLASSBEURTEILUNG

	1	2	3	4	5	
0	10	2	9	4	3	28
1	0	0	2	0	0	2
2	33	3	30	16	3	85
3	51	1	54	28	5	139
4	44	0	43	43	2	132
5	0	0	1	1	0	2
6	31	9	17	10	4	71
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 22

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 23.. ARBEITSFAEHIGKEIT

	1	2	3	4	5	
0	62	10	67	48	10	197
1	5	1	8	7	1	22
2	30	3	45	21	3	102
3	71	1	34	26	3	135
4	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0
6	1	0	2	0	0	3
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 23

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 24.. MEDIKATION

	1	2	3	4	5	
0	148	12	103	74	11	348
1	18	3	47	23	4	95
2	1	0	1	2	1	5
3	1	0	3	2	0	6
4	1	0	2	1	1	5
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 24

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 25.. WEITERBEHANDLUNG

	1	2	3	4	5	
0	11	1	7	5	3	27
1	74	3	71	41	6	195
2	7	0	2	0	0	9
3	26	5	40	33	2	106
4	8	0	7	4	1	20
5	6	1	8	4	1	20
6	1	0	4	1	0	6
7	3	0	4	3	0	10
8	27	2	9	5	2	45
9	6	3	4	6	2	21
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 25

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 26.. PSYCHOSOZ.NACHBETR.

	1	2	3	4	5	
0	17	3	20	10	5	55
1	20	3	30	14	4	71
2	102	4	85	61	6	258
3	30	5	21	17	2	75
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 26

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 27.. ANZAHL VERLEGUNGEN

	1	2	3	4	5	
0	139	13	133	86	13	384
1	27	2	23	13	4	69
2	3	0	0	3	0	6
	169	15	156	102	17	459

****
****

TABELLE 27

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 28.. AUFNAHMEGEBIET

	1	2	3	4	5	
1	41	5	35	15	3	99
2	53	5	48	30	1	137
3	38	4	35	26	7	110
4	26	1	34	22	6	89
5	10	0	4	9	0	23
	168	15	156	102	17	458

****
****

TABELLE 28

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y-SENKRECHT.. VARIABLE 2...GESAMTVERWEILDAUER

	1	2	3	4	5	
0	169	1	1	98	12	281
1	0	0	13	0	0	13
2	0	3	7	0	0	10
3	0	8	42	2	2	54
4	0	0	29	1	1	31
5	0	2	15	0	1	18
6	0	1	33	1	1	36
7	0	0	14	0	0	14
8	0	0	2	0	0	2
	169	15	156	102	17	459

****

****

TABELLE 29

X-WAAGRECHT.. VARIABLE 33.. STICHPROBENZUORDNUNG

Y SENKRECHT.. VARIABLE 30.. AUFENTHALTE GESAMT

	1	2	3	4	5	
1	169	0	0	0	0	169
2	0	13	0	37	0	50
3	0	1	41	27	0	70
4	0	0	24	15	0	39
5	0	0	28	6	0	34
6	0	0	14	6	0	20
7	0	0	9	5	0	14
8	0	0	9	0	0	9
9	0	0	9	2	0	11
10	0	0	4	0	0	4
11	0	0	3	1	0	4
12	0	0	1	0	0	1
13	0	0	3	0	0	3
14	0	0	1	0	0	1
15	0	0	3	1	0	4
16	0	0	0	0	0	0
17	0	0	4	1	0	5
18	0	0	1	0	0	1
19	0	0	1	1	0	2
20	0	0	0	0	0	0
21	0	0	1	0	0	1
99	0	0	0	0	17	17
	169	15	156	102	17	459

Lebenslauf

Am 27.10.1951 wurde ich, Burckhardt Eppinger, als Sohn des Gustav Eppinger und der Erika Eppinger in Beinstein, Kreis Waiblingen, geboren.

Nach Besuch der Grundschule und des Gymnasiums in Metzingen, Kreis Reutlingen, legte ich 1970 das Abitur ab. Danach war ich 1 1/2 Jahre als Freiwilliger in der Jugend- und Drogenarbeit in einem Unterschichtsviertel in Philadelphia/USA tätig. 1972 begann ich mit einem Psychologiestudium an der Universität Tübingen, 1975 mit dem Studium der Medizin ebenfalls in Tübingen, das ich am 10.4.1981 mit der Ärztlichen Prüfung an der Universität Heidelberg abschloß.

Seit 1.5.1981 bin ich als Assistenzarzt der Neurologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Pforzheim tätig.